



Maria dos Prazeres Andrade Marques Valente

CARACTERIZAÇÃO DO ESTILO DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA
Área de especialização:
Psicologia da Saúde
2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

CARACTERIZAÇÃO DO ESTILO DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA

Maria dos Prazeres Andrade Marques Valente

Março 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (F.P.C.E.U.P.).

RESUMO

Existem vários estudos de Estilos de Vida na população em geral e na população com Esquizofrenia. No entanto, são escassos os estudos realizados em Portugal sobre Estilos de Vida nas pessoas com Esquizofrenia. Este trabalho tem como objectivos caracterizar o Estilo de Vida dos doentes com diagnóstico de Esquizofrenia que frequentam o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro, bem como perceber de que forma o Estilo de Vida poderá influenciar o reinternamento, comportamento suicida e comportamentos agressivos. Estudámos 100 doentes com Esquizofrenia deste hospital, concluindo que existe alguma co-morbilidade, tentativas de suicídio e pouca agressividade. Contudo, o facto de termos inquirido doentes que estão em acompanhamento regular no hospital, pode ter enviesado os resultados obtidos no sentido de a amostra apresentar um estilo de vida mais saudável do que o esperado para este tipo de doentes.

ABSTRACT

There are several studies of lifestyles in the general population and in people with schizophrenia. However, there are few studies in Portugal, with this disease. This work aims to characterize the lifestyle of patients diagnosed with schizophrenia from Department of Psychiatry and Mental Health Hospital Infante D. Pedro E.P.E. of Aveiro, and verify how lifestyle can influence re-admission, suicidal behavior and aggressive behavior. We studied 100 patients with schizophrenia from this hospital, concluding that there is some co-morbidity, suicide attempts and low aggressiveness. However, the fact that we asked patients who are regularly monitored at the hospital may have skewed the results, because our sample have a lifestyle more healthy than we expected for this kind of patients.

RÉSUMÉ

Il existe plusieurs études de styles de vie dans la population générale et chez les personnes souffrant de schizophrénie. Cependant, il existe peu d'études sur cette maladie en Portugal. Ce travail veut caractériser le style de vie des patients diagnostiqués avec schizophrénie qui fréquentent le Département de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'Hôpital Infante D. Pedro E.P.E. d'Aveiro, et comprendre si le style de vie peut influencer la réadmission, les comportements suicidaires et le comportement agressif. Nous avons étudié 100 patients avec schizophrénie dans cet hôpital. Nous avons conclu qu'il existe de la comorbidité, des tentatives de suicide et une faible agressivité. Comme nous avons interrogé des patients qui sont régulièrement suivis à l'hôpital, peut-être nos résultats sont un peu loin de la réalité de ces patients, puisque ces patients présentent un style de vie plus sain que nous avons prévu.

AGRADECIMENTOS

Ao Director do Departamento de Psiquiatria, Dr. António Marieiro, e Coordenadoras da Terapia Ocupacional, Dr.^a Carla Vicente e Dr.^a Ana Cerqueira, pelo apoio ao projecto e por anuírem a dispensa de serviço.

A todo o corpo clínico do DPSM no apoio e disponibilidade demonstrados na elaboração deste estudo, fazendo a triagem dos doentes e facilitando o acesso aos mesmos.

Aos Médicos internos de Psiquiatria em especial ao Dr. Tiago Santos e Dr. João Alcaface, pelo incentivo inicial e sinalização de doentes, ao Dr. Nuno Carrilho pela quantidade de doentes que disponibilizou e pelo incentivo final.

Agradeço ao Hospital Infante D. Pedro EPE- Aveiro nas pessoas do Conselho de Administração e Conselho de Ética que me facultaram a possibilidade de fazer este mestrado.

Às minhas colegas, Terapeuta Filomena e Terapeuta Mariana, pela valiosa ajuda na recolha de dados, assim como por assegurarem o meu serviço sempre que necessário.

Aos enfermeiros da consulta externa, na pessoa da enfermeira responsável, Emília Prudente pela cedência do gabinete de trabalho.

Às Secretárias clínicas, pela paciência que tiveram comigo na consulta de dados e na gestão de espaços.

À Professora Doutora Cristina Queirós, pela proximidade, pela orientação na busca de mais conhecimento científico, pelo tempo disponibilizado no decorrer deste trabalho, pela preciosa ajuda na parte de estatística e pela dedicação com que acompanhou os muitos trabalhos, que conduziram á redacção final desta tese.

Ao Professor Doutor António Marques, pelos preciosos esclarecimentos e chamadas de atenção que me elucidaram o tema deste mestrado. Por toda a disponibilidade e interesse que sempre demonstrou por este trabalho e pela orientação conjunta com a Prof. ^a Dr.^a Cristina Queirós nos trabalhos semestrais.

Ao Professor Doutor Carlos Mota Cardoso por me ter ensinado um pouco do seu Saber.

Ao meu pilar familiar, marido e filhos, a quem este trabalho subtraiu tempo considerável. Graças pela ajuda prestada na tradução de vários artigos, assim com o apoio incondicional que demonstraram desde o primeiro dia. Bem hajam pela força que me transmitiram.

A todos os utentes que participaram deste estudo pois sem eles nada seria possível.

A todos os colegas de mestrado, pelos incentivos e troca de ideias para obtenção deste trabalho.

Ao colega Diogo, pelas boleias para a faculdade durante o primeiro ano e pela orientação que me deu.

A todos aqueles que de forma directa ou indirecta, permitiram a realização deste trabalho.

A mim própria por ter levado sempre a melhor sobre as fraquezas que foram surgindo.

ÍNDICE

Introdução	1
 Capítulo I – Enquadramento Teórico	3
1. Estilo de vida	4
1.1. Definições	4
1.2 Estilo de vida saudável	6
2. Esquizofrenia e Estilo de Vida	8
2.1. Tabagismo e consumo de substancias	12
2.2. Higiene do sono.....	13
2.3. Hábitos alimentares e exercício físico	15
3. Esquizofrenia e comportamento agressivo.....	16
4. Esquizofrenia e suicídio	17
 Capítulo II – Estudo Empírico	19
1. Metodologia.....	20
1.1. Instrumentos.....	20
1.2. Procedimentos	21
1.3. Caracterização da amostra	22
2. Apresentação dos resultados.....	23
3. Discussão dos resultados.....	39
 Conclusões.....	46
 Referências Bibliográficas	49
 Anexo: Apresentação do Questionário.....	55

INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é numa perturbação mental crónica com sintomas característicos que envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais (DSM-IV, 1996; Fadem & Simrig, 1998) manifestando alterações de comportamento das quais se destacam aparência estranha, isolamento social, conversação bastante limitada, auto cuidado diminuído, passividade ou irritabilidade (Fadem & Simrig, 1998). No decorrer da nossa experiência profissional enquanto terapeuta ocupacional, e observando os comportamentos dos doentes com diagnóstico de Esquizofrenia, presenciamos os sintomas positivos e negativos, bem como os défices cognitivos referenciados na bibliografia que aborda esta patologia. É igualmente através desta observação e dos relatos pessoais que constatamos um conjunto de comportamentos que, apesar de serem individuais, parecem fazer parte integrante deste grupo de diagnóstico. Ao conjunto de comportamentos inerentes a um grupo de pessoas Bordieu (1997) chamou hábitos. Mais tarde, surge a designação de modos de vida e/ou Estilos de Vida.

No que se refere aos doentes com Esquizofrenia, verifica-se que existe um número elevado de fumadores cuja abstinência conduz a comportamentos ansiosos. Muitos destes indivíduos apresentam alguma inactividade, ficando por longos períodos de tempo simplesmente sentados ou a ver televisão. Apresentam igualmente pouco cuidado com a alimentação, tanto em quantidade como em qualidade, descrevem problemas com a medicação no que respeita à adesão à mesma e efeitos secundários, e referem ainda problemas de sono. Além disso, com base nos seus testemunhos, presumimos que um número razoável de indivíduos consome substâncias, desde álcool a drogas. Ao trabalharmos na área da Saúde Mental directamente com esta patologia e observarmos diariamente este Estilo de Vida, pensamos que estes comportamentos podem influenciar o estado de saúde da população com Esquizofrenia, explicando alguma co-morbilidade.

Existem vários estudos de Estilos de Vida na população em geral e na população com Esquizofrenia. No entanto, são escassos os estudos realizados em Portugal sobre Estilos de Vida de pessoas com Esquizofrenia. Este trabalho tem como objectivos caracterizar o Estilo de Vida dos doentes com diagnóstico de Esquizofrenia que frequentam o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro, bem como verificar se Estilo de Vida está relacionado com o reinternamento, comportamento suicida ou comportamentos agressivos.

Para atingirmos os objectivos propostos estruturamos o trabalho em duas partes. Na primeira, referente ao enquadramento teórico, começamos por definir Estilos de Vida, para em seguida abordar os Estilos de Vida na Esquizofrenia, referindo ainda os comportamentos agressivos e o suicídio na Esquizofrenia. Na segunda parte descrevemos o estudo empírico efectuado junto de 100 doentes do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro, descrevendo a metodologia utilizada e os resultados obtidos. Terminamos com a apresentação da bibliografia e do questionário construído para o estudo.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Iniciaremos este capítulo abordando a definição de Estilo de Vida, para em seguida caracterizarmos os Estilos de Vida na Esquizofrenia, bem como a relação desta patologia com o suicídio e os comportamentos agressivos.

1. Estilo de vida

Actualmente existe uma banalização do termo Estilo de Vida, sendo este mencionado muitas vezes de forma incorrecta no nosso dia a dia. Por este motivo é importante focarmos as suas raízes, a sua história e alguns dos seus diversos conceitos.

1.1. Definições

Estilo de Vida é um termo há muito existente na área da Psicologia e com uma tradição vinda das teorias sociológicas (Guerra, 1993; Montagner, 2006; Rodrigues, 1992). No entanto, ao longo dos tempos muitas e variadas formas foram utilizadas para este mesmo conceito: modos de vida, hábitos de vida, entre outros, sendo-lhes também atribuídos conteúdos e referências contraditórias (Guerra, 1993). Essas formas variam de acordo com os indivíduos, mas sobretudo com as sociedades, políticas, culturas, interesses, religiões e épocas (Bordieu, 1997; Mcmanaus & Ockene, 2008; Montagner, 2006). Por exemplo, os modos de vida aparecem como um conceito tradicional da sociologia urbana. Situam-se ao nível dos comportamentos da vida quotidiana e encaminha-nos para a esfera familiar e privada, para as actividades de lazer e práticas de consumo. Os modos de vida são então importantes para se entenderem as práticas de consumistas (Guerra, 1993). Para o sociólogo francês Pierre Bordieu (1997), os hábitos são princípios geradores de práticas distintas e distintivas, como por exemplo, saber o que come o operário e sobretudo a forma de o comer, o desporto que pratica e a forma de praticar, as suas opiniões políticas e o modo de as expressar, que diferem sistematicamente do que consome e pratica o empresário industrial. Estas características de ser e de estar individuais levam a diferenças contínuas entre os indivíduos de forma a agrupá-los estruturalmente (Montagner, 2006).

Na segunda metade do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS) dá conta de uma nova epidemia na saúde, uma epidemia comportamental e reconhece a incapacidade da Medicina para curar as doenças daí resultantes (Silva et al., 2004). Também Marc Lalonde (1981), Ministro da Saúde do Canadá, se dá conta desta epidemia e em 1974, ao apresentar o modelo sobre os determinantes da saúde especificou quatro campos: a biologia humana, os Estilos de vida (comportamentos saudáveis), o meio ambiente e o sistema de saúde. Após análise epidemiológica, verificou que dos quatro determinantes de saúde, os Estilos de vida e o meio ambiente eram os que mais contribuíam para a saúde pública. Por esta razão, nos anos

70 começou-se a dar grande importância à necessidade de mudança dos comportamentos individuais para Estilos de Vida mais saudáveis, tendo sido iniciadas campanhas de educação para a saúde, transmitidas em geral através de informação. Como estas campanhas não obtiveram os resultados pretendidos, nos anos 80, a educação para a saúde baseou-se em teorias de mudança de atitudes e comportamentos, preocupando-se não só com o contexto social mas também na ajuda ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis (Carvalho, 2006; Lalonde, 1981).

Dada a elevada importância com que se revestiu este conceito, foram surgindo várias definições de Estilo de Vida ao longo do século passado. Assim Lalonde (1981, p.32), ao reconhecer o Estilo de Vida como um dos factores determinantes da saúde, definiu-o como “o agregado de decisões individuais que afectam a vida do indivíduo e sobre as que tem algum controlo”. Segundo Bordieu (1979, cit. in Montagner, 2006) o espaço para o Estilo de Vida constitui-se na representação do mundo social, reflectindo a análise dos gostos particulares de um determinado grupo social nas sociedades modernas de consumo. Na carta de Ottawa, em 1986, o conceito centrou a sua acção na construção de políticas de saúde pública de apoio, fortalecendo a acção comunitária, desenvolvendo competências pessoais e criando ambientes favoráveis.

O conceito de Estilo de Vida foi adoptado por volta da segunda metade do século XX, na Segunda Revolução da Saúde, onde se constatou que nos países desenvolvidos as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental (Albuquerque & Oliveira, 2002). O uso da noção de Estilo de Vida aparece como forma cultural emergente das sociedades contemporâneas associado a políticas e modelos de sociedades capitalistas e ainda ao conceito de promoção da saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002; Breslow, 1999; Rodrigues, 1992). A Organização Mundial de Saúde (OMS, cit. in Ribeiro, 2004) define Estilo de Vida como um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais, ou ainda, como um aglomerado de padrões comportamentais que dependem intimamente das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores.

Em 2004, Maycroft dizia que o conceito de Estilo de Vida parecia estar exhaustivamente naturalizado tanto academicamente como na sua utilização na linguagem comum. Quase não exista crítica sobre o que o Estilo de Vida implicava. No entanto, comentava ainda que para além da ligação aos aspectos estéticos e culturais de consumo, ele continua a fazer parte integrante do ser humano e assim sendo pode falar-se de Estilo de Vida no trabalho, entre ricos e pobres, das várias etnias, digitais e Estilo de Vida saudáveis ou não saudáveis. Salientamos ainda que para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS,

2008), Estilo de Vida é o somatório da forma como as pessoas vivem, das escolhas e opções relacionadas com o contexto em que habitam, da cultura de cada região, dos hábitos adquiridos nos ambientes familiar e social e do conhecimento acumulado em cada momento.

Como se pode verificar, este conceito foi mudando em concordância com a evolução do conceito de saúde e doença apresentando dimensões culturais e económicas. Um exemplo dessa mudança pode ser verificada na diferença entre a vida na cidade e no campo, a de solteiro e a de casado, e a do norte em relação à do sul de cada país, não esquecendo que o trabalho, a casa, o meio físico e social produzem igualmente efeitos directos na saúde e influenciam os comportamentos (Blaxter, 1990). Assistimos igualmente, como nos diz Ribeiro (2004), a uma evolução das definições no sentido da complexidade, indo desde uma perspectiva de responsabilização individual centrada no comportamento de cada um até à que relaciona os comportamentos individuais com os vários contextos, familiar, social, económico e laboral.

1.2 Estilo de vida saudável

Como já referimos, as definições de Estilo de Vida são várias, sendo difícil encontrar consensos, assim como entender o que se pretende com Estilo de Vida saudável. No entanto, se consideramos como Estilo de Vida saudável, uma alimentação equilibrada, abstinência de substâncias como tabaco, drogas e álcool, actividade física regular, ser seguido regularmente pelo médico, então podemos encará-lo como contributo de uma melhor qualidade de vida e de promoção da saúde. É pois por este prisma de promotores da saúde que queremos encarar os Estilos de Vida saudáveis.

Na antiga Grécia, no séc. V a.C., Hipócrates, “pai da medicina” afirmava que o ambiente e o Estilo de Vida da pessoa influenciavam o seu estado de saúde, referindo que para existir saúde era necessário existir um equilíbrio de forças entre a natureza e as forças internas e externas das pessoas, além de um equilíbrio relacional entre médico e doente (Albuquerque & Oliveira, 2002). No entanto, o grande impulso para a mudança de comportamentos e aquisição de Estilos de Vida mais saudáveis foi dado a partir dos anos 70 pela mão de Marc Lalonde, como referido anteriormente. Esta proposta de mudança vai influenciar as linhas principais de actuação da OMS e a elaboração de políticas de saúde de diversos países, nos anos seguintes (Baxter, 1990; Carvalho, 2004; Carvalho, 2006). Passados 28 anos, Marc Lalonde (2002), continua a afirmar, que a interdependência dos quatro campos por ele preconizados: biologia humana, ambiente, Estilo de Vida (comportamento individual

que afecta a saúde) e organização dos cuidados de saúde como determinantes da saúde se mantêm válidos.

Nesta linha de continuidade, a OMS (2004), na sua estratégia global indica que sejam promovidos Estilos de Vida que tenham por base uma alimentação saudável e actividade física regular e que sejam implementadas estratégias que monitorizem riscos como hábitos tabágicos, quantidades de sal e açúcar, alimentos ricos em gorduras, inactividade física e inadequada ingestão de fruta e vegetais entre outros. Assim sendo, construir uma vida saudável implica adoptar hábitos considerados saudáveis, referidos no parágrafo anterior e também enfrentar condições ou situações adversas e estabelecer relações afectivas solidárias, adoptando uma postura de ser e estar no mundo com o objectivo de utilidade e felicidade lidando com ele de um modo positivo (OPAS, 2008).

Um Estilo de Vida saudável inclui ainda, comportamentos preventivos de saúde. A prevenção evita a ocorrência de doenças e secundariamente, a progressão dessas mesmas doenças, iniciando-se o seu tratamento, num estágio mais precoce e menos severo (Breslow, 1999). Para que esta prevenção seja concreta e eficaz, é necessário o conhecimento dos factos e traçar estratégias de promoção da saúde. Em Portugal, no Plano de Saúde 2004/2010 preconiza-se a promoção de Estilos de Vida saudáveis, no contexto da prevenção secundária, para que desempenhe um papel importante no bem-estar dos doentes crónicos. Pretende-se também que este plano permita um impacto positivo em várias doenças crónicas, entre elas as doenças psiquiátricas. Prevê ainda este plano, sensibilizar os profissionais de saúde para que estes promovam comportamentos saudáveis, junto dos utentes com quem estabelecem contacto, como medida de ganhos em saúde.

Numa pesquisa de carácter qualitativo, realizada em Portugal com uma amostra de 120 pessoas com idade superior a 25 anos de norte a sul do país, Silva e colaboradores (2004) da Universidade Aberta, chegaram a resultados que indicam haver, por parte da população, informação e conhecimentos de base científico-médica, do que deve ser uma vida saudável. Contudo, os resultados das práticas da amostra estão mais condizentes com a noção de hábitos de Bourdieu do que a construção teórica de Estilo de Vida da OMS. Segundo os mesmos autores, o bem-estar das pessoas traduz-se numa satisfação dos sentidos, boa disposição e capacidade de realização, o que em termos da OMS é um conceito bio-psico-social. Estes resultados indicam também que a tradição ou não mudança de hábitos parece ser o critério de escolha dos alimentos e o modo de os cozinhar. A comodidade aparece como equivalente de conforto relativamente ao exercício físico. Sentir-se bem apresenta um valor, um significado e uma prioridade maior do que bem-estar saudável. A população portuguesa, apesar de

elucidada, prefere adoptar comportamentos tradicionais, de comodidade e que os façam sentir bem.

Um outro estudo, efectuado pela British Heart Foundation, e cujos resultados foram obtidos em dois anos de intervenção com a população britânica, comprovou que mudanças positivas de Estilo de Vida estavam associadas a melhorias da Saúde Mental e Saúde total, assim como mostrou que a associação das mudanças do Estilo de Vida com a Saúde total, foi estatisticamente menos significativa do que as mudanças com a Saúde Mental (Blank et al., 2007). Por tudo o que referenciamos, atrevemo-nos então a dizer que, viver de forma saudável e ter um Estilo de Vida saudável, requer conhecimentos, organização, disciplina mas também, escolhas individuais dentro das opções disponíveis e das possibilidades de vida de cada um.

Querendo, este trabalho, ocupar-se da investigação do Estilo de Vida das pessoas com Esquizofrenia nada mais pertinente do que abordarmos seguidamente este tema.

2. Esquizofrenia e Estilo de Vida

A Esquizofrenia é uma doença psicótica que, na sua fase activa, implica delírios, alucinações e perturbações em múltiplos processos mentais. Em muitas situações pode evoluir para a cronicidade, deixando sintomas psicóticos residuais e prejudicando o desempenho social. Na última década, do séc. XX, a sociedade, atribuiu maior importância a esta perturbação e encarou os doentes com outra perspectiva, possibilitando uma melhor integração dos mesmos na comunidade (DSM-IV, 1996; Fadem & Simrig, 1998).

A probabilidade de desenvolver a doença entre a população dos países desenvolvidos é de aproximadamente 0,5% a 1%, estimando-se que 2 milhões de pessoas desenvolvem a doença numa fase da sua vida. (Fadem & Simrig, 1998). O Distrito de Aveiro tem 732.900 habitantes (DGS, 2008). Segundo as percentagens apontadas, estima-se que este Distrito terá entre 3000 a 7000 Esquizofrénicos.

Normalmente a doença desenvolve-se na idade adulta, entre os 20 e os 40 anos. Contudo, por vezes pode surgir precocemente, antes dos 15 anos, ou já na velhice. O aparecimento da sintomatologia é normalmente gradual e instala-se ao longo de meses ou anos e raramente é súbito. Nas mulheres, em média, a patologia surge aos 33 anos enquanto nos homens baixa para os 28 (DSM-IV, 1996). A consensualidade que existiu durante bastante tempo em relação à percentagem da doença ser idêntica nos homens e nas mulheres (DSM-IV, 1996; Fadem & Simrig, 1998) parece não ser assim tão linear, pois estudos baseados em populações hospitalares sugerem que essa percentagem seja mais elevada nos homens, ao passo que iguais estudos baseados na comunidade sugerem percentagens iguais para homens e mulheres (DSM-IV, 1996). Confirmando o facto de esta patologia aparecer em

percentagens iguais em ambos os sexos, está um estudo realizado pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital de Castelo Branco que confirma a prevalência em percentagens iguais para os dois géneros, tendo sido inclusive a única doença psiquiátrica, da consulta de Psicologia, a revelar prevalências iguais entre homens e mulheres (Rabasquinho & Pereira, 2007).

A Esquizofrenia é mais frequente entre os indivíduos solteiros e provenientes de classes baixas (Fadem & Simrig, 1998). Os factores que estão na sua origem não são ainda consensuais, surgindo teorias que se baseiam em diferentes áreas do conhecimento, que vão desde a genética, à neuroquímica ou às teorias psicodinâmicas e sociais (DSM-IV, 1996; Fadem & Simrig, 1998). Apesar da controvérsia actual em torno da origem da doença, é conhecido actualmente um quadro clínico característico destes doentes que é marcado por sintomas que incluem alterações do pensamento, delírios, alucinações, alterações das emoções, da vontade e do comportamento motor (DSM-IV, 1996). É possível que estes doentes apresentem um nível emocional muito baixo, embotamento afectivo, ou que apresentem uma emoção desadequada à situação e incongruência de afectos. Podem existir sentimentos de passividade, com falta de iniciativa e desinteresse por actividades do dia-a-dia (DSM-IV, 1996).

A Esquizofrenia é uma doença mental incapacitante que afecta cerca de um em cada 100 pessoas em toda a Europa e perturba a capacidade do indivíduo para funcionar normalmente na sociedade, levando muitas vezes ao isolamento social e a problemas de comunicação. Assim, os doentes com Esquizofrenia relacionam-se pouco e evitam actividades sociais. Estes comportamentos, Estilo de Vida inerentes à Esquizofrenia, levam estas pessoas a uma rotina e vida sedentária, gastando mais tempo a dormir ou a descansar e em recreação passiva do que a população em geral. A doença influencia a sua actividade física despendendo, estes, menos tempo diário em actividades extenuantes e a maioria não se envolve em desportos. Apresentam dietas mais pobres, comem alimentos recomendados menos frequentemente, o pequeno-almoço é raro ou a uma hora tardia e ingerem grandes quantidades de nicotina e de café, entre outros. Apresentam também uma diminuição de interesse na procura de emprego (Chuang, Mansell & Patten, 2008; Mimato & Zemke, 2004; Roick et al., 2007).

Todas estas incapacidades conduzem as pessoas com Esquizofrenia para o desemprego ou a viver dos apoios da segurança social, como apontam os resultados do estudo de McCreadie (2003), realizado na Escócia. Por outro lado, a situação de desemprego, a redução, notável nas relações interpessoais que as devota a uma privação social, as perseguições em forma de abuso verbal entre outros, têm um impacto negativo na sua saúde física e

contribuem para o aumento de factores de risco do Estilo de Vida (Roick et al., 2007; Samele et al., 2006). Na investigação de Samele e colaboradores (2006) a predominância destes problemas de saúde física encontrados no grupo de doentes com Esquizofrenia, foi duas vezes superior ao grupo de controle. Assim sendo, temos como um dos factores influentes da saúde das pessoas o seu Estilo de Vida, sendo que ele pode ser mais prejudicial à saúde dos doentes com Esquizofrenia do que à população em geral.

Se compararmos algumas características de Estilo de Vida desta patologia com o de outras doenças psiquiátricas como a doença bipolar e depressão, como Chuang, Mansell e Patten (2008) sugerem, observaremos que os resultados apresentados indicam para o grupo com Esquizofrenia, maior cormobilidade com o uso de substâncias (52% fumadores), apresentaram uma rotina mais sedentária e foram o grupo com menos pessoas casadas. Apesar da obesidade estar presente (38% eram obesos), isso não diferiu dos outros grupos de diagnóstico.

De entre as pessoas com Esquizofrenia existem também algumas diferenças entre homens e mulheres. Bejerholm e Eklund (2006) descreveram as ocupações diárias de 10 homens e 10 mulheres e concluíram que ambos preferem realizar actividades paradas, sozinhos e pouco significativas. No entanto, as mulheres preferiam realizá-las geralmente no seio familiar e os homens fora desse ambiente. Roick e colaboradores (2007) concluíram que as mulheres fumam menos e no estudo de Mccreadie (2003) as mulheres com Esquizofrenia apresentam melhores hábitos alimentares.

Um dos défices presentes na Esquizofrenia é a falta de cuidado consigo próprios, com a sua saúde, com a sua aparência e com o seu bem-estar. À prática de actividades desempenhadas pelos indivíduos de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar, chama-se auto cuidado. Essas acções são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, para o funcionamento e o desenvolvimento humano. Os requisitos do auto cuidado são: manutenção e ingestão suficiente de ar não poluído, água potável e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre actividade e descanso, entre solidão e interacção social; a prevenção de riscos de vida; ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano em grupos sociais (Bub et al., 2006; Castiel & Vasconcelos-Silva, 2002; Diógenes & Pagliuca, 2003).

O descuido que estes doentes têm com a sua saúde é-nos relatado nos estudos consultados: maior consumo de cigarros e drogas que a população geral (Kilian et al. 2006), apresentação de hábitos alimentares pouco saudáveis e calóricos (Chuang, Mansell & Patten,

2008; Roick et al., 2007) têm comportamentos sexuais de risco e carência de comportamentos saudáveis (Carey et al., 2001; Mimato & Zemke, 2004; Osborn, Nazareth & King, 2007). Quanto ao consumo de álcool, os resultados são contraditórios. Kilian e colaboradores (2006) concluem que há um maior consumo de álcool nestes doentes do que na população em geral e Roick e colaboradores (2007) concluem precisamente o contrário. Segundo Castiel e Vasconcelos-Silva (2002), podemos considerar que a ideia de cuidar de si veicula uma conotação ditada por aspectos cognitivos, conscientes e, sobretudo, volitivos. Se considerarmos os déficits cognitivos e volitivos que esta doença apresenta, e necessários ao auto cuidado, então estamos perante um problema que pode contribuir para a não promoção da saúde e para o agravamento da doença.

Se falarmos de mortalidade, os indicadores referem que as pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia morrem prematuramente. A sua expectativa de vida é mais reduzida do que a população geral por várias razões (DSM-IV, 1996). Segundo Saha, Chant e McGrath (2007), comparando com a população em geral, a mortalidade nesta patologia, é 2.5 vezes superior e a esperança de vida é reduzida em 20 anos. A sua doença, o tratamento a que estão sujeitos e o Estilo de Vida não saudável, contribuem para esta elevada taxa de mortalidade (Connolly & Kelly, 2005). No Estilo de Vida não saudável encontram-se, entre outros, o início da doença numa idade jovem que eleva o risco de aparecimento de doenças somáticas e consequentemente o aumento de risco de morte. O facto de as pessoas com Esquizofrenia não tirarem tanto proveito dos recursos actuais disponíveis em saúde como a população em geral (Saha, Chant & McGrath, 2007), estarem sujeitas a doenças cardiovasculares promovidas por dietas impróprias e por uma vida com pouco exercício físico (McCreadie et al., 1998) e poderem não reconhecerem os sinais adiantados de problemas de saúde físicos assim como evitarem o contacto com o seu médico de família (Connolly & Kelly, 2005), são contributos para a redução do seu tempo de vida.

O diferencial de mortalidade entre as pessoas com Esquizofrenia e a população em geral agravou-se nas últimas décadas em função do potencial dos últimos medicamentos antipsicóticos (Leitão-Azevedo, Guimarães, Lobato & Bemonte-de-Abreu, 2007; Pack, 2009; Saha, Chant & McGrath, 2007) e de doenças cardiovasculares promovidas por dietas impróprias (McCreadie et al., 1998) como já foi referido. Grande parte do excesso da mortalidade na Esquizofrenia podia ser evitada com mudanças nos Estilos de Vida destas pessoas (Connolly & Kelly, 2005) e com a promoção da saúde através dos profissionais de saúde que deviam adoptar uma aproximação holística, passando a dar a mesma atenção e cuidado a todos os sintomas destes doentes, quer físicos quer mentais (Pack, 2009).

Em termo de comparação, vamos referir o estudo longitudinal europeu efectuado pela “Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: a Concerted Action” (SENECA), que começou com medidas da linha de base em 1988-1989 e durou até 30 de Abril 1999, realizado entre a população mais idosa e em que participaram vários países incluindo Portugal. O estudo avaliou três comportamentos: tabágicos, actividade física e nutrição. As conclusões revelam que associado a uma maior longevidade está uma dieta de alta qualidade, não fumar e ter uma actividade física regular (Haveman-Nies et al., 2002). Desta forma, e como já foi referido, conclui-se que grande parte das doenças do mundo actual advém do comportamento humano e do modo com interagimos com o meio ambiente (Ribeiro, 2004). Poderemos ainda acrescentar que também dependem das aprendizagens que fazemos e das que procuramos.

Apesar dos estudos até aqui mencionados terem sido realizados em países tão diferentes e distantes como Alemanha, Japão, Estados Unidos da América, Grã-Bretanha, Escócia, etc., os resultados encontrados foram semelhantes em muitos comportamentos, apontando para um padrão de condutas nestes doentes.

2.1. Tabagismo e consumo de substancias

A relação entre tabagismo e Esquizofrenia tem sido objecto de numerosos estudos e os resultados mostram que há, de facto, uma associação entre eles. Este tema tem despertado bastante interesse não só pela elevada predominância da adesão da nicotina nos doentes com Esquizofrenia (Kelly & McCreadie 2000) mas também porque o tabagismo tem diversas implicações do ponto de vista bioquímico (Rondina, Gorayeb & Botelho, 2004). Dessas implicações bioquímicas salientamos que a nicotina dos cigarros é similar à acetilcolina, podendo aliviar temporariamente os sintomas negativos da doença, tornando-se reconfortante (Sacco et al., 2005) assim como parece ter uma função neuroprotectora com a libertação de dopamina pré-frontal (Garcia & Montila, 2001; Zammit et al., 2003). É possível que fumar se deva a factores genéticos e/ou ambientais, que a nicotina reduza os sintomas negativos da Esquizofrenia como a apatia, o tédio e que melhore a atenção e concentração (Kelly & McCreadie, 2000; McCloughen, 2003; Sacco et al., 2005). No entanto, os efeitos prejudiciais do tabagismo relatados em quase todos os estudos pesquisados não compensam os possíveis benefícios.

Na Alemanha, Kilian e colaboradores (2006) compararam o comportamento de saúde nos doentes psiquiátricos com a população geral e constataram que a prevalência de tabagismo nos doentes com Esquizofrenia era mais elevada relativamente à população em geral, sendo a percentagem de fumadores nestes doentes duas a três vezes superior. Na Escócia, Kelly e McCreadie (1999) fizeram igualmente uma comparação com a população em

geral e obtiveram como resultados uma taxa de 58% de fumadores entre os doentes e de 28% na população geral. Já Sacco e colaboradores (2005) referem que 85% das pessoas com Esquizofrenia fuma, em oposição aos 23% da população adulta dos Estados Unidos.

A maioria iniciou o consumo de tabaco na adolescência, antes da doença se ter manifestado (Kelly & McCreadie, 2000; McCloughen, 2003). Kilian e colaboradores, (2006) dizem que o tabagismo aparece com maior incidência nos doentes mais jovens e associado ao aumento dos níveis de escolaridade, enquanto Kelly e McCreadie (1999) concluem que está associado a uma infância pobre. O consumo de tabaco por parte destes doentes pode ter várias origens como a institucionalização, o tédio, o baixo controle de impulsos, o efeito de relaxamento ou a redução da ansiedade e dos efeitos colaterais da medicação (Rondina, Gorayeb & Botelho, 2004, 2007; Sacco et al., 2005).

Noutra linha de interpretação crê-se que a associação entre tabagismo e Esquizofrenia se deve ao isolamento e exclusão social a que estes doentes estão sujeitos e que os pode levar a conviver e associar com grupos marginalizados pela sociedade (Gilbert & Gilbert, 1995, cit. in Rondina, Gorayeb & Botelho, 2004). Fumar faz ainda com que estas pessoas, que normalmente vivem com ordenados ou pensões baixas, tenham uma despesa significativa com a compra de tabaco e com isso o seu rendimento diminua consideravelmente (Sacco et al., 2005).

Além do consumo tabágico, também muitos destes doentes consomem ou já consumiram outro tipo de substâncias (Garcia & Montila, 2001). Em Portugal, no Hospital S. Francisco Xavier, Carreiro e Borrego (2007) encontraram uma elevada percentagem (40%) de doentes com Esquizofrenia e consumo de substâncias. O predomínio pertence ao consumo de canabinóides, seguindo-se o consumo de álcool. O uso de canabinóides nestes doentes é duas vezes superior à população em geral.

As estatísticas da DGS (2008) com dados referentes a 2006, dizem que em Portugal os fumadores são 19.6% sendo 28.6% homens e 11.2% mulheres. Os consumidores de bebidas alcoólicas são 53.8% dos quais 66% são homens e 42.3% mulheres, tendo sido notado um decréscimo constante até 2003 (última data referenciada neste documento). O consumo de drogas apresenta uma curva ascendente entre 1990 e 1999. Verificou-se um decréscimo até 2002, tendo-se mantido o seu consumo entre esta data e 2004, altura em que iniciou nova subida até 2006.

2.2. Higiene do sono

A insónia inicial e a dificuldade de manutenção do sono com múltiplos despertares nocturnos interrompendo assim um sono reparador, dormir durante o dia e ter actividade ou

agitação nocturna, são queixas frequentes nos doentes esquizofrénicos. (Arriaga, Maltez & Pires, 2005; Remesar-Lopez & Ribeiro, 2001; Wulff et al., 2006). Estas características permanecem, não obstante o seu status da medicação ou a fase do curso clínico (agudo ou crónico). A insónia, apesar de ser um sintoma comum na Esquizofrenia, é raramente uma queixa predominante (Monti & Monti, 2005). Relativamente às normas comunitárias, apresentam muitos episódios de insónia e uma pobre qualidade de sono com uma duração de sono mais curta. Estes resultados estão associados a uma pobre qualidade de vida e a um prejuízo do coping nestes doentes. Estes problemas de sono podem perturbar o desempenho de lidar com o esforço rotineiro associado ao trabalho, sendo também uma das causas de falta de energia tanto para o trabalho como para os relacionamentos interpessoais (Hofstetter, Lysaker & Mayeda, 2005). A insónia severa é descrita nas exacerbações do quadro esquizofrénico e pode preceder o aparecimento de outros sintomas por ocasião de recaídas. Podem ter vários distúrbios primários de sono associados, entre os quais uma higiene de sono inadequada. Desta forma, uma manutenção de sono adequado pode evitar recaídas nos doentes com Esquizofrenia (Remesar-Lopez & Ribeiro, 2001; Wulff et al., 2006). Apesar de todos estes distúrbios do sono na Esquizofrenia, estes doentes permanecem em repouso, em média 9.4h por dia (Roick et al., 2007).

Sendo a higiene do sono inadequada, um dos distúrbios de sono destes doentes (Lucchesi et al., 2005) e tendo a higiene do sono, como objectivo evitar comportamentos e/ou aliviar condições incompatíveis com o sono reparador e estabelecer um hábito regular de sono, propõem alguns autores como medidas para uma boa higiene do sono, o acordar e deitar a horas certas, dormir nem de mais, nem de menos, ir para a cama descontraído, evitar sestas prolongadas, ter um horário relativamente uniforme para deitar e levantar, fazer exercício durante o dia mas evitar exercício extenuante à noite, não abusar de bebidas alcoólicas ou com cafeína perto da hora de dormir, o quarto deve ser silencioso, escuro e com temperatura agradável, não ouvir música, não ver programas de TV, filmes ou realizar leituras excitantes próximos do horário de dormir (Bahia, Soares & Winck, 2006; Roth, 2000; Steven, Bock & Boyette, 1996). Ensinos sobre como ter uma boa higiene do sono podem reduzir a quantidade de medicação ministrada, melhorar a sintomatologia e a qualidade de vida dos doentes (Lucchesi et al., 2005). A Proteste (2004) menciona que é necessário dormir para restabelecer as funções físicas e psicológicas essenciais para as pessoas funcionarem em pleno. Refere ainda que 47% dos portugueses dormem mal, 56% sofrem de sonolência no dia-a-dia e que 16% tomam medicamentos para dormir.

2.3. Hábitos alimentares e exercício físico

Os doentes com Esquizofrenia têm, como referido anteriormente, dietas pobres em nutrientes, com grande consumo de gorduras e açúcar e poucas refeições de vegetais e fruta (McCreadie et al., 1998). No entanto, de entre os pacientes com Esquizofrenia as pessoas casadas, as mulheres, e os que apresentam um grau mais elevado de instrução ingerem alimentos saudáveis com maior frequência (Kilian et al., 2006; Roick et al., 2007). Na Escócia, doentes Esquizofrénicos, desempregados, a viver na comunidade e incentivados a serem responsáveis pelas suas próprias tarefas domésticas, incluindo a compra e a confecção dos alimentos, fizeram igualmente, escolhas dietéticas pobres e impróprias (McCreadie et al., 1998). Contudo, mudar alguns dos hábitos alimentares nestes doentes, parece ser possível, como nos é referido num estudo de intervenção directa para mudança de hábitos alimentares em que foi possível observar o aumento do consumo de fruta e vegetais quando fornecidos gratuitamente (McCreadie et al., 2005).

O excesso de peso aumenta o risco de problemas de saúde, principalmente problemas cardiovasculares (McCreadie et al., 1998; McCreadie, 2003). Num estudo Irlandês, em que participaram 15 estados membros da União Europeia, chegou-se à conclusão de que a obesidade e o peso corporal mais elevado estão fortemente associados a um Estilo de Vida sedentário e a uma falta da actividade física na população adulta da União Europeia (González et al., 1999). Este resultado é igualmente encontrado nos estudos realizados na população com Esquizofrenia, sendo no entanto os valores significativamente mais elevados (Samele et al., 2006). No seu estudo, Coodin (2001) reforça a ideia que o número de obesos é mais elevado nas pessoas com Esquizofrenia do que na população em geral. A percentagem de pessoas obesas em Portugal é de 16.5% sendo de 16% nos homens e de 16.9% nas mulheres (DGS, 2008).

Podemos definir actividade física como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. Este comportamento engloba as actividades ocupacionais (trabalho), actividades da vida diária (vestir-se, tomar banho, comer), deslocar-se (transporte) e as actividades de lazer, incluindo exercícios físicos, desportos, dança, artes marciais, etc. (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985; Faias, 2002). A actividade física seria muito importante na contribuição positiva que poderia dar na redução do risco de doenças cardiovasculares (Osborn, Nazareth, & King, 2007). No entanto, com nos dizem Roick e colaboradores (2007), as pessoas com Esquizofrenia passam em média 12.7h em actividades sedentárias e 46.6% não pratica nenhum desporto.

3. Esquizofrenia e comportamento agressivo

Associa-se, por inúmeras vezes, a Esquizofrenia a comportamentos agressivos ou violentos. Num estudo de revisão da literatura de Walsh e colaboradores (2001 cit. in Teixeira, Pereira, Rigacci & Dalgalarrrondo, 2007), é referido que a maioria dos estudos empíricos indica associação entre violência e Esquizofrenia. Menciona ainda que a Esquizofrenia com comorbidade de abuso de substâncias aumenta consideravelmente o risco de violência quando comparada com Esquizofrenia sem essa comorbidade. Os sintomas psicóticos agudos também se relacionam com actos violentos. Estes comportamentos de hostilidade aparecem mais elevados nos doentes consumidores de cocaína ou com múltiplos consumos. Na Finlândia, Räsänen e colaboradores (1998), num estudo de coorte, seguiram as pessoas desde o nascimento até á idade de 26 anos numa totalidade 11.017 pessoas. Os dados sobre as desordens psiquiátricas e os crimes foram retirados dos registos nacionais e analisadas. Das 76 pessoas com Esquizofrenia, 11 eram do sexo masculinos e 2 do sexo feminino, consumiam álcool ou eram dependentes do álcool tendo sido considerados como alcoólicos. Três dos 13 alcoólicos eram igualmente consumidores de cannabis. Neste mesmo estudo foram considerados crimes violentos o homicídio, assalto, extorsão, incêndio, ou violação da paz doméstica. As conclusões foram de que os homens com diagnóstico de Esquizofrenia e que abusem no consumo de álcool são 25% vezes mais propensos a cometer crimes do que homens mentalmente saudáveis. Em Praga, Vevera e colaboradores (2005) realizaram um estudo retrospectivo, com quatro amostras de doentes com diagnóstico de Esquizofrenia onde foram examinados o registo de 404 pacientes em amostras dos anos 1949, 1969, 1989 e 2000, utilizando a Over Aggression Scale (OAS) modificada. Os resultados associaram comportamento violento com a Esquizofrenia em 41.8% em homens e 32.7% das mulheres na ausência de cormobilidade com abuso de substâncias. Arango e colaboradores (1999), em Madrid, utilizaram igualmente a OAS mas em doentes internados. Dos 63 doentes estudados, 25% utilizaram a violência física para com os outros durante, mas os autores não encontraram relações de consumo de álcool ou de cannabis durante a semana anterior ao internamento. Na Suécia, os actos violentos foram associados aos sintomas positivos desta doença (Chuang, Mansell & Patten, 2008; Swanson et al., 2006) e relatos de doentes esquizofrénicos no estudo de Buchanan e colaboradores (1993 cit. in Teixeira et al., 2007), confirmam o dito anteriormente. Já os resultados obtidos por Appelbaum, Robbins e Monahan (2000) no estudo retrospectivo realizado com 1136 pacientes, acompanhados durante 1 ano após alta hospitalar, não foram encontradas diferenças na taxa de violência entre pacientes delirantes e não delirantes, contradizendo o afirmado nos estudos anteriores.

Nos Estados Unidos da América, um estudo realizado numa amostra de 1410 doentes com Esquizofrenia que foram clinicamente avaliados e entrevistados sobre comportamento violento nos 6 meses anteriores à entrevista, os resultados mostraram que dentro dos comportamentos violentos ou agressivos, os de violência menor estão associados a pessoas mais novas, do sexo feminino, casados ou a viver maritalmente e com mais anos de tratamento, com alguma actividade vocacional e a residir com a família, mas não se sentindo escutados por ela. A maior severidade nos comportamentos violentos foi associada ao consumo de substâncias e aos sintomas positivos. A idade média dos participantes foi de 40.5 anos, 74% eram homens, apenas 19% eram casados ou viviam maritalmente e só 7% dos participantes estavam ligados a alguma actividade vocacional (Swanson et al., 2006).

As conclusões apresentadas, na bibliografia consultada não são consensuais chegando a ser contraditórias na associação do comportamento violento ou agressivo destes doentes a consumos (de substâncias, álcool ou o conjunto dos dois) ou aos sintomas positivos da doença.

4. Esquizofrenia e suicídio

A esperança de vida das pessoas com Esquizofrenia é mais reduzida do que a população em geral, como referido anteriormente, sendo uma das razões o suicídio. Na bibliografia consultada os resultados apontam para uma taxa significativamente maior de suicídio e tentativas do suicídio na Esquizofrenia do que na população geral. As estimativas dizem que 10% das pessoas com Esquizofrenia concretiza o suicídio. Este está associado à duração da doença, ao sexo masculino, a idade inferior a 30 anos, ao estrato socioeconómico elevado, ser inteligente e com grandes expectativas, ser solteiro, ter falta de sustentação social, ser consciente dos seus sintomas e ter alta hospitalar recente. Estão associados igualmente o amor-próprio reduzido, o estigma, o desespero, o isolamento, o abandono do tratamento, o abuso de substâncias, uma taxa elevada de internamentos e episódios de depressão presentes nestes doentes (Abed, 2000; DSM-IV, 1996; Gupta et al., 1998; Hawton et al., 2005).

Num estudo comparativo, realizado em Nova Iorque, entre 52 indivíduos com Esquizofrenia ou desordem esquizoaffectiva que fizeram tentativa de suicídio e 104 indivíduos com os mesmos diagnósticos mas que não tinham feito nenhuma tentativa de suicídio, não foram encontrados resultados que diferissem no que diz respeito às variáveis demográficas, à duração da doença ou ao abuso de substâncias. A maioria das tentativas de suicídio foram moderadas ou severas e com intenção suicida bastante significativa, tendo sido necessário a intervenção médica. Foi comum tentarem o suicídio nos primeiros 10 anos de doença, sendo

maior o risco nos episódios psicóticos e nos 6 meses que se seguiram a uma hospitalização. Uma grande parte fez a primeira tentativa de suicídio logo após o início da psicose. A depressão e o abuso de substâncias estiveram relacionados com as tentativas de suicídio na Esquizofrenia (Harkavy-Friedman et al., 1999).

Em Iowa, foi realizado um estudo com pessoas com Esquizofrenia e distúrbio esquizoafectivo entre 1990-1994 com o objectivo de fazer um levantamento das tentativas de suicídio. Num total de 336 indivíduos, 69% eram homens, 75% solteiros e 74% desempregados a quando da entrada no estudo. Noventa e oito tinham feito uma ou várias tentativas de suicídio e duzentos e trinta e oito (70,8%) nunca tentaram o suicídio. Os que tentaram o suicídio eram significativamente mais novos do que os que não tentaram aquando do início da sua doença e do primeiro internamento. Os dois grupos não diferiram em factores como desempenho educacional, classe social, abuso de álcool ou drogas. Não foi encontrada associação entre as tentativas de suicídio e abuso de drogas ou de álcool (Gupta et al., 1998).

Na nossa pesquisa bibliográfica os métodos encontrados e utilizados para a concretização do suicídio foram: overdose (com medicamentos), atirarem-se (de um andar por exemplo), utilização da suspensão como por exemplo a forca e vários métodos relacionados com tráfego na estrada e na linha de caminho de ferro (Harkavy-Friedman et al. 1998; Prieto & Tavares 2005).

Terminado o enquadramento teórico, avançamos seguidamente para o estudo empírico efectuado junto de 100 doentes do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Descrevemos neste capítulo a metodologia utilizada no nosso estudo empírico, discutindo em seguida os resultados obtidos.

1. Metodologia

Este trabalho tem como **objectivos** caracterizar o Estilo de Vida dos doentes com diagnóstico de Esquizofrenia que frequentam o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro, bem como verificar se Estilo de Vida está relacionado com o reinternamento, comportamento suicida ou comportamentos agressivos.

Colocamos como **hipóteses** a existência de uma correlação positiva do Estilo de Vida saudável com a existência de menos internamentos, de menor consumo de substâncias (álcool e drogas), de comportamentos agressivos e de comportamentos suicidas.

1.1. Instrumentos

Para recolha de dados junto de este tipo de doentes, dado não encontrarmos nenhum questionário, optámos por construir um questionário sobre Estilos de Vida na Esquizofrenia, propositadamente elaborado para esta dissertação de Mestrado e baseado em instrumentos que fomos consultando em inúmeros estudos sobre o tema dos Estilos de Vida e que a seguir discriminaremos. Incluímos vários grupos de questões, e não querendo sobrecarregar os utentes, e tendo, enquanto terapeuta ocupacional acesso legítimo que a Lei nos confere (e autorização da Direcção do Hospital para o estudo) ao processo clínico, acedemos a este para completar a informação pretendida para a nossa amostra. Assim retiramos, do processo clínico os dados sócio demográficos relativos a residência, habilitações, pessoas com quem vive, estado civil, duração da doença, número de internamentos e número de dias internado.

No questionário começamos por incluir questões como a idade, peso e altura (estes permitiram classificar o índice de massa corporal segundo a escala habitualmente utilizada: inferior a 18.5 excesso de magreza; 18.5 a 25 peso normal; 25 a 30 excesso de peso; 30 a 35 obesidade grau I; 35 a 40 obesidade grau II; superior a 40 obesidade grau III). Em seguida solicitamos informação sobre o sexo, profissão ou ocupação actuais, bem como a descrição de como ocupam o seu dia. Estas questões são de uma grande importância para um Terapeuta Ocupacional, tendo em vista um plano de reabilitação. Utilizamos uma classificação baseada no enquadramento da Terapia Ocupacional (2002): trabalho (trabalho por conta de outrem a tempo inteiro ou parcial, estudante, voluntariado), lazer (ver TV, ouvir música, fumar, jogar no computador, caminhar, ler, crochet, malha, bordar, piscina, ginástica, pintar, desenhar), descanso (dormir durante o dia), participação social (conversar, sair com amigos, actividade

religiosa, namorar), actividades da vida diária (comer, fazer compras, ir ao café, fazer a higiene, cuidar da casa, mobilidade na comunidade, cuidar de animais, cuidar de outros, sono).

Em seguida, tentamos avaliar o consumo tabágico e para tal utilizamos o Teste de Fagerström que avalia a dependência da nicotina (Rocha, 2008), adicionando ainda questões que nos pareceram pertinentes para a nossa amostra. Para avaliarmos o consumo de substâncias (café, chá, coca-cola, bebidas alcoólicas e drogas) retiramos e adaptamos os itens do questionário Dartmouth Assessement of Lifestyle Inventory (DALI, de Ford, 2002) e do questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (de Pais Ribeiro, 2004).

Os itens para avaliar a actividade física, medicação, comportamentos de risco, relacionamento social, controle do stress e nutrição foram retirados e adaptados do questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde de Pais Ribeiro (2004). As questões referentes à avaliação da higiene do sono foram retiradas da escala de Steven, Bock e Boyette, (1996). Para avaliar a nutrição utilizamos questões de um estudo ainda a decorrer com doentes com Esquizofrenia, designado “Viver em Equilíbrio”, efectuado pelos Laboratórios Lilly (2006/2009) a nível nacional e no qual o Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro colabora. Sendo de extrema importância o cuidado que devemos ter com a saúde física, colocamos algumas questões sobre este tema, bem como sobre comportamentos suicidas.

Para avaliar o comportamento agressivo utilizámos a escala de agressividade Over Agression Scale (OAS, de Yudofsky et al., 1986), construída para registar comportamentos agressivos observados por outra pessoa e que avalia episódios agressivos dentro de um período de tempo específico e relativos à agressão verbal, agressão física contra objectos, agressão física contra si próprio e agressão física contra outros. Como não existe tradução para português, fizemos a tradução tendo em conta a opinião de Psiquiatras e tendo em atenção de que esta servirá apenas para o nosso estudo exploratório e não para a construção de uma versão portuguesa da escala.

1.2. Procedimentos

Efectuamos o estudo no Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro por ser o local do nosso trabalho e também por de momento estes doentes não serem muito solicitados. Para procedermos à recolha de dados foi enviada uma carta ao Director do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro solicitando autorização para a passagem do questionário junto dos doentes com Esquizofrenia que frequentassem o Hospital. Após concordar com a investigação, o Director do Departamento

formalizou o pedido para o Conselho de Administração e Conselho de Ética desse mesmo Hospital. Após o parecer positivo dos dois Conselhos deu-se início à recolha da amostra.

Os questionários foram preenchidos por 100 doentes com diagnóstico de Esquizofrenia que frequentam o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro, número que conseguimos atingir para cumprir os prazos de um trabalho académico da natureza do Mestrado. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter diagnóstico de Esquizofrenia, ser triado pelo Corpo Clínico deste Departamento e consentir participar no estudo. Tomámos como critério de exclusão o Corpo Clínico anuir que o doente não tem condições clínicas para participar do estudo ou o doente recusar.

O questionário de Estilo de Vida era de auto-preenchimento mas sempre que se tornou necessário, e foram bastantes vezes, houve apoio do investigador. As dificuldades de preenchimento ou o pedido para ser o investigador a preencher prenderam-se essencialmente por dificuldades na escrita e leitura devido à baixa escolaridade ou por os doentes considerarem que sendo o investigador a fazê-lo seria mais rápido. A recolha foi efectuada individualmente após triagem médica, explicação sumária do questionário e assinatura do consentimento informado. Cada questionário demorou em média 20 minutos a ser preenchido.

Durante a recolha dos dados tivemos 6 recusas directas de participação no estudo (4 homens e 2 mulheres), constatando que um doente nem quis saber do que se tratava, outros recusaram após leitura do consentimento e outros aquando do preenchimento da escala de agressividade. Tivemos também 5 doentes que recusaram logo junto do médico assistente. A recolha decorreu geralmente no contexto de consulta externa de Psiquiatria e apenas uma minoria foi recolhida em contexto de internamento (de agudos e hospital de dia) mas numa fase compensada da doença.

Após a recolha de dados efectuamos a sua introdução numa matriz de dupla entrada e as informações obtidas foram analisadas no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15 para Windows Vista, permitindo a análise descritiva usual (frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo) e o cálculo dos testes estatísticos adequados aos objectivos do estudo.

1.3. Caracterização da amostra

Sendo um dos nossos objectivos de estudo a caracterização da amostra, referimos neste ponto do nosso trabalho apenas que a amostra foi constituída por 100 pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, 70 homens e 30 mulheres, que frequentam o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro.

2. Apresentação dos resultados

Da amostra constituída por 100 pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, podemos verificar no (Quadro 1) que a idade, dos participantes varia entre os 16 e os 71 anos, sendo a média de idades 41.4 anos. O Peso está entre o mínimo de 48kg e o máximo de 125kg sendo a média de peso 78.3kg. A altura varia entre 1,50m e 1.87m, sendo a média 1.69m. O índice de massa corporal varia entre 16.9 e 44.9, com uma média de 27.24. O número de anos de doença da nossa amostra vai de meio ano a 47 anos, com uma média 14.49 anos. Em relação à média de dias internados, os nossos doentes apresentam um mínimo de 10 dias e um máximo de 60, com uma média 25.3 dias. A idade de início da doença tem como mínimo 12 anos, de máximo 56 anos e de média 26.6 anos. A quantidade de anos que fumam varia entre 2 e 49 anos tendo com média 19.5 anos e a dependência da nicotina apresenta uma média 4.6 num máximo de 8.

Quadro 1. Resultados do mínimo – máximo e média (desvio padrão) na amostra total

Itens	Mínimo – Máximo	Média (desvio padrão)
Idade	16 – 71	41.04 (11.96)
Peso	48 – 125	78.26 (17.01)
Altura	1,50 – 1,87	1.69 (.094)
Índice de massa corporal	16,9 – 44,9	27.24 (5.40)
Número de anos com doença	,5 – 47	14.49 (11.07)
Média de dias de internamento neste hospital	10 - 60	25.31 (10.92)
Idade de inicio da doença	12 – 56	26.55 (8.43)
Há quantos ano fuma	2 – 49	19.53 (10.18)
Total de nicotina	0 - 8	4.57 (1.97)

No Quadro 2 está representada a distribuição por estado civil e verificamos uma predominância de solteiros (71%), seguido dos casados (15%) e dos divorciados (10%). Os viúvos e em união de facto apresentam uma percentagem muito baixa.

Quadro 2. Distribuição por estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	70	70,7
Casado	15	15,2
Divorciado	10	10,1
Viúvo	3	3,0
União de facto	1	1,0
Total	99	100,0
Não respondeu	1	-
Total da amostra	100	-

O nível educacional da nossa amostra distribui-se como nos mostra o Quadro3, e na sua grande maioria encontramos o 1º e o 3º ciclo. Assim, completaram o 1º ciclo (36%), o 2º ciclo (19%) e o 3º ciclo por (21%). No entanto é de salientar que 5% possui 12º ano e que 13% possui licenciatura, formação superior ou frequência universitária.

Quadro3. Distribuição por habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
Inferior ao 1º ciclo	5	5,1
1º Ciclo	36	36,4
2º Ciclo	19	19,2
3º Ciclo	21	21,2
12º Ano	5	5,1
Curso profissional	1	1,0
Frequência universitária	5	5,1
Licenciatura	7	7,1
Total	99	100,0
Não responde	1	-
Total da amostra	100	-

Quanto ao agregado familiar (Quadro 4) constata-se que, com excepção de 11 pessoas, todos permanecem acompanhados no seio familiar.

Quadro 4. Distribuição da composição do agregado familiar

Composição do agregado familiar	Frequência	Percentagem
Acompanhado mas não refere com quem	29	29,0
Cônjuge	9	9,0
Filhos	2	2,0
Irmãos	5	5,0
Pais	44	44,0
Instituição	2	2,0
Sozinho	9	9,0
Total	100	100,0

Do total de dados apurados sobre o nível sócio económico (Quadro 5), verifica-se que a grande maioria dos nossos sujeitos têm um nível sócio económico médio (62%) seguido do nível sócio económico baixo (34%) sendo a percentagem do nível socioeconómico alto apenas de (4%).

Quadro 5. Distribuição por nível sócio económico

Nível sócio económico	Frequência	Percentagem
Baixo	33	33,7
Médio	61	62,2
Alto	4	4,1
Total	98	100,0
Não há dados	2	-
Total da amostra	100	-

Quanto à actividade profissional (Quadro 6), verifica-se que 30% da amostra está empregada. Os reformados, inválidos e sem profissão são 43% e os desempregados 15%.

Quadro 6. Distribuição por actividade profissional

Actividade profissional	Frequência	Percentagem
Desempregado	15	15,0
Reformado, inválido ou sem profissão	43	43,0
Empregado	30	30,0
Fórum ocupacional	2	2,0
Estudante	4	4,0
Centro de dia	2	2,0
Doméstica	4	4,0
Total	100	100,0

De entre os que trabalham (Quadro 7), é possível verificar que 11 estão em regime de horário completo, 4 em part-time, 1 em lista de mobilidade, 1 de licença sem vencimento e 7 encontram-se de baixa. Não nos foi possível apurar a situação laboral, actual em 6 pessoas.

Quadro 7. Distribuição por situação profissional actual

Situação profissional actual	Frequência	Percentagem
A trabalhar e em tempo integral	11	11,0
Empregado, trabalho part-time	4	4,0
Empregado, lista de mobilidade	1	1,0
Empregado, de baixa	7	7,0
Empregado, licença sem vencimento	1	1,0
Empregado, não se conseguiu apurar qual a situação	6	6,0

Verifica-se no (Quadro 8) que 63 doentes referem não trabalhar, 85 ocupam uma parte do dia com actividades de lazer, 28 dormem durante o dia, 85 não participam em actividades de participação social e 63 referem actividades da vida diária como ocupações do seu dia.

Quadro 8. Distribuição de como ocupam o dia

	Sim	Não
Trabalho / estudante	37	63
Lazer	85	15
Dormir de dia	28	72
Socialização	15	85
Actividades da vida diária	63	37

Os hábitos tabágicos foram encontrados em 58% da nossa amostra (Quadro 9) e destes, 55% inicia o consumo nos primeiros cinco minutos (Quadro 10).

Quadro 9. Distribuição por consumo tabágico, média (desvio padrão) e número de anos de consumo

É fumador	Frequência	Percentagem
Sim	58	58,0
Não	42	42,0
Total	100	100,0

Quadro 10. Distribuição por tempo de iniciar o primeiro cigarro

É fumador	Frequência	Percentagem
Primeiros cinco minutos	32	55
Primeiros 30 minutos	18	31
Primeira hora	3	5
Após a primeira hora	5	9

A frequência de cigarros diários consumidos pelos nossos sujeitos (Quadro 11) atinge a percentagem mais elevada no consumo de entre 11 e 20 cigarros diários (43%).

Quadro11. Distribuição por quantidade de cigarros diários

Número de cigarros	Frequência	Percentagem
1-10	14	24
11-20	25	43
21-30	10	17
Mais de 30	9	16

No Quadro 12 verificamos que um número bastante elevado (76%) fuma mesmo quando doente, (24%) fuma de noite na cama e (59%) já tentaram deixar de fumar

Quadro12. Distribuição da frequência de alguns comportamentos tabágicos

		Frequência	Percentagem
Fumam quando estão doentes	Sim	44	76
	Não	14	24
Fumam de noite na cama	Sim	14	24
	Não	44	76
Tentaram parar de fumar	Sim	34	59
	Não	24	41

Quanto aos resultados da frequência de consumo de bebidas e drogas (Quadro 13), verificamos que a maioria não faz consumos nem de bebidas nem de drogas. No entanto, um número elevado faz esse consumo algumas vezes por ano. No que respeita ao consumo de drogas, 4 pessoas, fazem-no diariamente, 3 algumas vezes por semana e 3 algumas vezes por mês. Verificamos igualmente o consumo diário, de café, por 51 pessoas e o consumo de algumas vezes por semana, de chá e coca-cola, por 25 e 24 pessoas respectivamente.

Quadro 13. Resultados da frequência de consumo de bebidas e drogas na amostra total

Frequências Substâncias	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Café	24	5	1	19	51
Chá	28	16	18	25	13
Coca- cola	35	17	14	24	10
Cerveja	57	17	11	12	2
Vinho	66	14	8	8	4
Bebidas destiladas (ex: aguardente, whisky)	84	12	2	2	-
Drogas (ex: cocaína, haxixe, heroína, anfetaminas)	89	1	3	3	4

Quanto à classificação da nossa amostra relativamente ao índice de massa corporal por sexo (Quadro 14) observamos que dos 70 homens, 41 tem excesso de peso ou apresenta obesidade e das 30 mulheres, 19 apresenta igualmente excesso de peso ou obesidade.

Quadro 14. Resultados da classificação por sexo do índice de massa corporal

IMC Sexo	Magro	Normal	Excesso de peso	Obesidade I	Obesidade II	Obesidade III
Homens	2	27	23	12	5	1
Mulheres	1	10	11	5	2	1

O Quadro 15 apresenta-nos os resultados da frequência da quantidade de refeições diárias da nossa amostra de onde salientamos haver 20 pessoas que comem durante a noite.

Quadro 15. Resultados da frequência da quantidade de refeições diárias da amostra total

Refeições (número de pessoas que respondeu afirmativamente)	Todos os dias	Em casa
Pequeno-almoço	79	69
Lanche manhã	41	25
Almoço	97	79
Lanche tarde	55	48
Jantar	99	92
Ceia	43	43
Outra (de noite)	20	-

No Quadro 16 estão representados os resultados das frequências de vários comportamentos de Estilo de Vida da população em estudo. Assim sendo, verificamos que o exercício físico preferido pela nossa amostra é andar a pé ou de bicicleta e fazer trabalhos de jardinagem ou trabalhos domésticos. Em relação ao exercício físico intenso, 58 respondem que nunca o praticam e 69 não fazem qualquer tipo de desporto. Verificamos ainda que 81 pessoas referem fazer diariamente actividades sem esforço físico.

Em relação ao comportamento, da toma da medicação, verificamos que 84 dizem tomar diariamente a medicação. Treze pessoas esquecem-se de a tomar algumas vezes por semana ou toma fora de horas e 14 referem ter o mesmo comportamento algumas vezes por ano. No entanto, 59 pessoas tomam a medicação a horas e não se esquecem de a tomar. Sessenta e sete pessoas respondem que nunca se esquecem de tomar a medicação mas 16 esquecem-se algumas vezes ao ano. Salientamos ainda as oitenta pessoas que respondem nunca tomar mais medicamentos que os prescritos.

Seguem-se os comportamentos de risco onde verificamos a frequência diária, por parte de 15 pessoas em ambientes saturados de tabaco. O ambiente ruidoso é frequentado diariamente por 11 pessoas e 12 pessoas frequentam esse ambiente algumas vezes por ano.

Dos comportamentos de risco apurados no nosso questionário estes são os únicos que nos parecem pertinentes salientar.

Na socialização, 77 pessoas da nossa amostra responderam não participam em qualquer actividade de associativismo ou voluntariado. Em relação às amizades, 51 respondem que procuram diariamente manter os amigos, enquanto 9 respondem nunca ao mesmo item. No procurar fazer novos amigos, 25 pessoas, dizem tentar fazê-los todos os dias e 25 à mesma pergunta respondem nunca. Estar satisfeito com os seus amigos é respondido por 51 pessoas como todos os dias mas 8 respondem que nunca estão satisfeitos.

As respostas aos comportamentos de stress mostram que 83 pessoas dizem que relaxam pelo menos 5 minutos diários, 45 pessoas procuram equilibrar o trabalho com o lazer e 34 responde que diariamente consegue manter uma discussão sem se alterar. Doze pessoas discutem quando contrariados e 21 pessoas, respondem nunca ao procurar equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

Na higiene do sono verificamos que um elevado número de pessoas apresenta comportamentos diários de deitar à mesma hora, levantar à mesma hora, acordar à mesma hora, dormir toda a noite, dormir o número de horas suficiente e tomar medicação para dormir. Os comportamentos, ter dificuldades em adormecer e acordar muito cedo é referido, como diário, respectivamente por 20 e 30 pessoas e os mesmos comportamentos são referidos algumas vezes por semana por um número igual de 21 pessoas. Trinta e nove pessoas nunca fazem sesta, 29 nunca acorda cedo e 49 nunca perde o sono de noite.

Sobre a frequência dos alimentos que ingerem, verificamos que um número elevado refere comer frutas, vegetais e legumes assim como ter cuidado com o que come diariamente. O número mais elevado de respostas ao consumo de alimentos com açúcar vai de algumas vezes por semana a todos os dias. As respostas ao consumo de alimentos com gordura são em maior número em algumas vezes por ano, algumas vezes por mês e algumas vezes por semana. A maior quantidade de respostas ao ingerir de alimentos salgados é de nunca, algumas vezes ano e algumas vezes mês. O consumo de refeições de fast-food pela nossa população, situa-se em grande parte no nunca e algumas vezes por ano.

Quadro16. Resultados da frequência da prática de vários comportamentos estudados na amostra total

Comportamentos		Frequência	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Exercício físico	Fazer exercício físico intenso, durante pelo menos 20 minutos		58	7	7	14	14
	Desporto que faz transpirar (ex: corrida, natação, basquetebol, futebol, ginásio)		69	13	4	13	1
	Andar a pé ou de bicicleta		9	6	7	18	60
	Fazer jardinagem ou trabalhos domésticos		23	8	13	17	36
	Ler, ver televisão ou trabalhar em casa, sem esforço físico		2	2	4	10	81
Medicação	Tomar a medicação consoante a prescrição médica		5	3	2	5	84
	Esquecer-se de tomar a medicação		67	16	3	8	5
	Tomar mais medicamentos do que os que estão prescritos		80	7	7	4	2
	Tomar a medicação quando se lembra ou tomar fora de horas		59	14	6	13	7
Comp. de risco	Frequentar ambientes saturados de fumo de tabaco		55	10	10	10	15
	Frequentar ambientes muito ruidosos		61	12	9	7	11
	Mudar de parceiro sexual		90	8	1	-	-
	Ter relações sexuais com pessoas que conhece mal		90	8	1	1	-
	Ter relações sexuais sem tomar precauções		89	4	1	3	2
Socialização	Procurar manter os seus amigos		9	13	8	19	51
	Procurar fazer novas amizades		25	29	10	9	25
	Estar satisfeito com os seus amigos		8	13	14	13	51
	Procurar ser activo na sua comunidade (ex: fazer voluntariado, pertencer a alguma associação)		77	7	5	3	7
Stress	Reservar pelo menos 5 minutos para relaxar		7	1	1	8	83
	Manter uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado		12	19	19	15	34
	Procurar equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer		21	7	11	15	45
Higiene de sono	Deitar-se à mesma hora		11	5	10	29	45
	Acordar à mesma hora		10	3	7	34	46
	Levantar-se à mesma hora		10	2	11	29	47
	Fazer sestas		39	10	14	16	20
	Dormir toda a noite		12	3	11	11	63
	Ter dificuldades de adormecer		35	9	15	21	20
	Acordar muito cedo		29	13	7	21	30
	Perder o sono de noite e ter sono durante o dia		49	14	16	9	9
	Dormir o número de horas suficientes para se sentir repousado		7	6	6	11	69
	Tomar medicação para dormir		27	4	6	9	39
Alimentação	Ter cuidado com o que come, de modo a manter o peso recomendado		17	14	13	16	40
	Ingerir alimentos salgados		38	18	22	12	10
	Ingerir alimentos com gordura (ex: fritos, manteiga)		13	19	31	27	10
	Ingerir alimentos à base de açúcar (ex: bolos, chocolates, rebuçados)		10	12	33	31	14
	Fazer refeições de fast-food		45	24	20	7	3
	Fazer refeições de vegetais, legumes e fruta		2	9	11	32	46

A comparação entre o índice de massa corporal com os comportamentos (alimentares e exercício físico) não é significativa em qualquer dos itens da alimentação, existindo no entanto dois parâmetros que sobressaem e que tem valores bastante baixos de significância e que são ingerir açúcar e ter cuidado com o que come. Na comparação com o exercício físico encontramos uma comparação significativa entre o índice de massa corporal e andar a pé ou de bicicleta (Quadro17).

Quadro17. Comparação da média do índice de massa corporal em função dos comportamentos alimentar e exercício físico

Índice de massa corporal Alimentação/exercício físico	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias	F	Sig
Ter cuidado com o que come	28,45	29,66	27,72	27,18	25,75	1,754	,145
Ingerir salgados	27,68	27,26	26,51	26,65	27,88	,229	,921
Ingerir gorduras	27,15	26,61	27,74	26,86	28,08	,218	,928
Ingerir açúcar	25,97	30,88	26,52	27,14	26,97	1,704	,155
Ingerir fast food	27,18	27,39	26,67	27,34	24,73	,213	,931
Ingerir legumes	30,25	28,54	25,81	27,91	26,74	,694	,598
Fazer exercício intenso, pelo -20m	27,62	27,39	28,77	27,42	24,67	1,010	,406
Desporto que faz transpirar	27,42	27,12	28,78	25,99	26,60	,271	,896
Andar a pé ou de bicicleta	28,50	28,23	33,61	29,83	25,44	6,517	,000***
Fazer jardinagem ou trab. domes.	25,91	25,21	26,85	28,15	28,58	1,304	,274
Ler ver TV ou trab. em casa	24,65	25,40	24,10	27,69	27,47	,549	,700

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

Os resultados dos hábitos de saúde (Quadro18) indicam que a maioria da nossa amostra mostra ter os cuidados primários de saúde e que a quase totalidade das pessoas, 98, é seguida no Hospital Infante D. Pedro E.P.E. Aveiro.

Quadro18. Resultados dos hábitos de saúde

Hábitos de saúde Respostas	Sim	Não
Vacinas em dia	89	11
Pressão arterial	51	49
Ir ao dentista	58	42
Médico de família	65	34
É seguido no hospital	98	2

No Quadro19 verificamos que 31 pessoas já tentaram o suicídio. Dessas 16, apenas o tentaram uma vez. O modo como o tentaram concretizar, foi na sua maioria através da ingestão de comprimidos.

Quadro 19. Resultados das tentativas de suicídio

Tentativas \ Respostas	Sim	Não
Tentativas de suicídio	31	69
1 tentativa	16	Comprimidos – 12
2 tentativas	4	Comboio – 1
3 tentativas	3	Veneno – 4
4 tentativas	3	Enforcamento, atirar-se, afogar-se, cortar-se – 6
5 ou mais tentativas	5	Comprimidos e outra – 8

O Quadro 20 mostra-nos que as tentativas de suicídio foram feitas por mais homens que mulheres e que ele foi tentado pelas duas pessoas que se encontram num lar de dia. Verificamos também associações significativas entre tentativas de suicídio e habilitações literárias e entre suicídio e nível sócio económico. Registamos igualmente que 4 dos 21 homens já tentaram 5 ou mais vezes. A única pessoa, das que tentou o suicídio, com o 12º ano tentou fazê-lo por 5 ou mais vezes. No grupo profissional, os reformados/ inválidos são os que maior número de tentativas apresentou (13) sendo que 8 apenas tentaram uma vez, 2 tentaram 4 vezes e 3 tentaram 5 ou mais vezes. Os reformados/inválidos foram seguidos pelos empregados e desempregados na quantidade de tentativas de suicídio.

Quadro 20. Distribuição do suicídio por várias variáveis e a correlação entre as tentativas de suicídio e essas mesmas variáveis.

Variáveis	Sim	Não	Tentativas de suicídio					QQ	Sig
			1 tent.	2 tent.	3 tent.	4 tent	>_5		
Homens	21	49	10	2	3	2	4	2,551	,635
Mulheres	10	20	6	2	0	1	1		
- 1º ciclo	2	3	2	0	0	0	0	39,818	,022*
1º ciclo	8	28	5	2	0	0	1		
2ºciclo	6	13	2	2	1	0	1		
3º ciclo	9	12	6	0	0	1	2		
12º ano	1	4	0	0	0	0	1		
Curso prof	0	1	-	-	-	-	-		
Freq. univ	3	2	1	0	2	0	0		
Licenciatura	1	6	0	0	0	1	0	15,674	,047*
Sócio ec. baixo	11	22	5	3	0	0	3		
Sócio ec. médio	18	43	10	1	2	3	2		
Sócio ec. alto	1	3	0	0	1	0	0	34,337	,079
Desempregado	4	11	1	0	1	1	1		
Ref., inv.,s/prof.	13	30	8	0	0	2	3		
Empregado	9	21	6	1	1	0	1		
Forum	1	1	0	1	0	0	0		
Estudante	1	3	0	0	1	0	0		
Lar de dia	2	0	1	1	0	0	0		
Doméstica	1	3	0	1	0	0	0		

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

Verificamos não existir associação entre as tentativas de suicídio e os consumos expostos no Quadro 21.

Quadro 21. Comparação do suicídio e os consumos da amostra total

Já teve tentativas de suicídio Consumos	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias	QQ	Sig
Cerveja	17	6	2	3	2	5,732	,220
Vinho	22	3	3	2	1	1,128	,890
Bebidas destiladas	27	3	1	0	-	1,489	,685
Drogas	26	0	1	2	2	3,049	,550

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

Foram encontradas diferenças significativas em relação ao suicídio e agressividade contra si (Quadro 22). É igualmente de salientar a relação entre o suicídio e a agressividade total apesar de não apresentar diferenças significativa. Verificamos também de que a média de índice de massa corporal é menor nas pessoas que já tentaram o suicídio e que as médias de dependência de nicotina, agressividade verbal, agressividade contra objectos, agressividade contra pessoas e agressividade total são superiores entre as pessoas que tentaram o suicídio em comparação com as que não tentaram.

Quadro 22. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do grupo de tentativa de suicídio

Variáveis Suicídio	Sim N=31	Não N=69	t	Sig
Número de anos de doença	13,39(10,17)	14,98(11,49)	-,663	,509
Idade de início da doença	25,35(7,43)	27,09(8,84)	-,954	,342
Média de dias de internamento	26,31(12,88)	24,81(9,86)	,601	,549
Idade	38,74(9,69)	42,07(12,79)	-1,292	,199
Peso	75,61(15,67)	79,45(17,56)	-1,044	,299
Índice de massa corporal	26,46(4,55)	27,59(5,74)	-,970	,334
Dependência da nicotina	4,96(1,87)	4,31(2,01)	1,223	,227
Agressividade verbal	5,19(2,82)	4,71(2,14)	,943	,348
Agressividade contra si	4,81(1,70)	4,14(.58)	2,111	,042*
Agressividade contra objectos	6,81(2,79)	6,12(2,44)	1,252	,214
Agressividade contra pessoas	4,48(1,09)	4,39(1,19)	,369	,713
Total de agressividade	21,29(5,59)	19,36(5,02)	1,715	,090

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

Os resultados do comportamento agressivo apresentados no Quadro 23 mostram que a nossa amostra tem um comportamento pouco agressivo, encontrando-se a maior frequência de respostas dos vários tipos de agressividade concentradas na resposta nunca. Verificamos que mesmo assim, na agressividade verbal há um número ainda considerável de pessoas que responde algumas vezes por ano e algumas vezes por semana a todos os itens. Na agressividade contra objectos, com excepção da resposta algumas vezes por mês que apresenta valores baixos, é de considerar algumas das frequências de algumas vezes anos. Na agressividade contra si verificamos que 8 pessoas responderam algumas vezes por ano ao item

bater com a cabeça, esmurra objectos, atira-se para o chão ou contra objectos. Na agressividade contra pessoas vimos que o número de resposta vai diminuindo com a gravidade do comportamento. No entanto, presenciamos que o algumas vezes por semana e algumas vezes por mês obtém respostas nos seus dois primeiros itens.

Quadro 23. Resultados da frequência da prática dos comportamentos agressivos estudados na amostra total

Comportamento		Frequência			
		Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana
Verbal	Grita insultos pessoais de moderada gravidade (ex: és estúpido)	60	13	11	16
	Pragueja, usa calão em contexto de linguagem hostil, faz ameaças de forma moderada à integridade própria ou de outros	61	17	6	16
	Faz ameaças claras de violência dirigida ao próprio ou a outros (ex: vou matar-te) ou pede ajuda para controlar-se	85	8	3	4
Contra objectos	Tem comportamento agressivo dirigido a objectos	75	14	4	7
	Bate com portas, atira roupa, provoca confusão	83	6	5	6
	Atira objectos ao chão, pontapeia mobília sem a partir, faz marcas na parede	82	12	2	4
	Parte objectos, quebra janelas	81	14	3	2
	Ateia incêndios, arremessa objectos de forma perigosa	92	2	-	-
Contra si	Arranha-se ou belisca-se, bate em si próprio, puxa o cabelo (sem causar ferimentos ou apenas com ferimentos ligeiros)	92	3	3	2
	Bate com a cabeça, esmurra objectos, atira-se para o chão ou contra objectos (causando ferimentos sem gravidade elevada)	90	8	1	1
	Faz pequenos cortes ou equimoses, pequenas queimaduras	97	2	1	-
	Auto-mutila-se, faz cortes profundos, mordeduras com sangramento, lesões internas, fracturas, perda de consciência, perda de dentes	98	1	1	-
Contra pessoas	Faz gestos e tem atitudes ameaçadoras, agarra-se à roupa	88	5	5	2
	Esmurra, pontapeia, empurra, puxa o cabelo (sem provocar ferimentos)	92	4	3	1
	Ataca terceiros, causando ferimentos ligeiros a moderados (equimoses, entorses ou distensões)	95	4	-	1
	Ataca terceiros, causando lesões físicas severas (fracturas ósseas, lacerações profundas, lesões internas)	99	1	-	-

No Quadro 24 continuamos a apresentar resultados do comportamento agressivo. Este quadro confirma o anterior quanto à pouca agressividade dos nossos sujeitos. No entanto, verificamos que mesmo assim 4 indivíduos atingem o máximo de agressividade verbal, além de existirem sujeitos em todos os graus desta agressividade. Salientamos ainda que num

máximo de 20, 2 sujeitos atingem o grau 14 e 2 sujeitos o grau 17 na agressividade contra objectos. Os últimos graus das agressividades contra si, contra objectos e contra pessoas, não obtiveram respostas dos nossos sujeitos. A menor dispersão de respostas nas agressividades contra si e contra objectos é-nos indicada pelos respectivos desvios padrão (1,095) e (1,156). Ao contrário o maior desvio padrão na agressividade verbal (2,370) e na agressividade contra objectos (2,559) indica-nos uma maior dispersão nos resultados.

Quadro 24. Resultados do comportamento agressivo (média, desvio padrão, mínimo-máximo e mínimo-máximo teórico) estudado na amostra total

Comportamento Escala	Verbal	Contra si	Contra objectos	Contra pessoas	Agressividade Total
3	43	-	-	-	-
4	12	84	-	83	-
5	16	9	62	7	-
6	12	3	13	4	-
7	3	1	8	1	-
8	5	1	4	2	-
9	3	0	3	2	-
10	1	1	1	1	-
11	1	1	3	0	-
12	4	0	1	0	-
13	-	0	1	0	-
14	-	0	2	0	-
15	-	0	0	0	-
16	-	0	0	0	-
17	-	-	2	-	-
18	-	-	0	-	-
19	-	-	0	-	-
20	-	-	0	-	-
Média	4,86	4,35	6,33	4,42	19,960
DP	2,370	1,095	2,559	1,156	5,251
Mínimo	3	4	5	4	16
Máximo	12	11	17	10	42
Min-max teórico	3-12	4-16	5-20	4-16	16-64

No comportamento agressivo foram encontradas diferenças significativas (Quadro 25) entre a frequência do comportamento conseguir manter uma discussão sem se alterar e a agressividade verbal, agressividade contra pessoas e agressividade total.

Quadro 25. Comparação das médias para a frequência do comportamento manter uma discussão sem se alterar e como se reflecte no comportamento agressivo

Manter discussão	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias	F	Sig
Agressividade							
Agressividade verbal	5.92	4.63	5.53	5.80	3.85	3.420	.012*
Agressividade contra si	4.17	4.74	4.37	4.27	4.24	.778	.542
Agressividade contra objectos	7.33	6.05	6.42	7.53	5.56	2.207	.074
Agressividade contra pessoas	4.17	4.32	4.95	4.87	4.06	2.718	.034*
Agressividade total	21.58	19.74	21.26	22.47	17.71	3.253	.015*

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

Continuando no comportamento agressivo verificamos no Quadro 26 que foram encontradas diferenças significativas entre o consumo de bebidas destiladas e a agressividade contra si e agressividade total. Foram igualmente encontradas diferenças significativas entre o consumo de drogas e agressividade contra objectos, agressividade contra pessoas e agressividade total.

Quadro 26. Comparação das médias para a frequência de consumos (café, bebidas alcoólicas e drogas) e o comportamento agressivo

	Escala	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias	F	sig
	Consumos							
Café	Agressividade verbal	4.46	4.80	6.00	5.63	4.75	.757	.556
	Agressividade contra si	4.46	4.40	4.00	4.47	4.25	.236	.917
	Agressividade contra objectos	5.92	7.00	5.00	7.05	6.22	.706	.590
	Agressividade contra pessoas	4.46	4.60	4.00	4.74	4.27	.619	.650
	Agressividade total	19.29	20.80	19.00	21.89	19.49	.880	.479
Cerveja	Agressividade verbal	4.47	5.06	6.09	5.50	3.00	1.71	.154
	Agressividade contra si	4.30	4.29	4.36	4.58	5.00	.343	.849
	Agressividade contra objectos	5.93	6.94	7.91	5.58	8.00	2.19	.076
	Agressividade contra pessoas	4.23	4.47	4.73	5.00	4.50	1.36	.254
	Agressividade total	18.93	20.76	23.09	20.67	20.50	1.72	.152
Vinho	Agressividade verbal	4.62	5.71	5.38	4.88	4.75	.711	.587
	Agressividade contra si	4.42	4.14	4.38	4.25	4.00	.312	.869
	Agressividade contra objectos	6.09	8.07	5.88	6.13	5.50	2.03	.097
	Agressividade contra pessoas	4.42	4.71	4.38	4.13	4.00	.482	.749
	Agressividade total	19.56	22.64	20.00	19.38	18.25	1.15	.339
Bebidas destiladas	Agressividade verbal	4.60	6.25	6.50	6.00	-	2.29	.084
	Agressividade contra si	4.37	4.08	5.00	4.50	-	.485	.693
	Agressividade contra objectos	6.00	8.08	9.00	7.00	-	3.34	.023*
	Agressividade contra pessoas	4.35	4.92	4.50	4.50	-	.858	.466
	Agressividade total	19.31	23.33	25.00	22.00	-	2.96	.036*
Drogas	Agressividade verbal	4.73	5.00	4.67	4.67	8.00	1.90	.117
	Agressividade contra si	4.30	4.00	4.00	6.00	4.50	1.93	.111
	Agressividade contra objectos	6.04	8.00	6.67	9.00	10.00	3.62	.009**
	Agressividade contra pessoas	4.34	4.00	4.00	6.00	5.50	2.69	.036*
	Agressividade total	19.42	21.00	19.33	25.67	28.00	3.90	.006**

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

O Quadro 27 apresenta-nos a comparação de médias e desvio padrão por sexo em relação a variáveis que consideramos ser importante verificar na nossa amostra. Em relação à idade de início da doença, à idade e ao peso foram encontradas diferenças significativas entre os dois sexos, tendo o sexo feminino apresentado valores mais elevados nas duas variáveis temporais. Apesar de não aparecerem diferenças significativas no número de anos de doença e na média de dias de internamento, continuam a verificar-se valores superiores no sexo feminino. No que se refere a todas as outras variáveis, apesar de não observarmos diferenças significativas, regista-se uma maior predominância do sexo feminino no índice de massa corporal, na agressividade contra si e na agressividade contra pessoas. Uma maior predominância aparece no sexo masculino, nas variáveis há quantos anos fuma, na

agressividade verbal, na agressividade contra objectos e na agressividade total. As diferenças em função do peso e altura reflectem as características biológicas habituais.

Quadro 27. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do sexo

Variáveis	Sexo	Sexo masculino (N= 70)	Sexo feminino (N=30)	t	Sig
Número de anos com doença		13.44(9.45)	16.92(14.05)	-1.240	.222
Idade de início da doença		25.46(8.04)	29.12(8.89)	-2.021	.046*
Média de dias de internamento neste hospital		24.39(10.73)	27.71(11.27)	-1.270	.208
Idade		38.90(10.09)	46,03(14.46)	-2.457	.018*
Peso		81.39(16.81)	70.97(15.38)	2.911	.004*
Altura		1.73(0.77)	1.60(0.68)	7.848	.000**
Índice de massa corporal		27.12(5.17)	27.52(5.99)	-.338	.736
Há quantos ano fuma		19.74(10.66)	18.33(7.37)	.379	.706
Dependência da nicotina		4.69(1.99)	3.89(1.76)	1.132	.262
Agressividade verbal		4.97(2.53)	4.60(1.98)	.716	.475
Agressividade contra si		434(9.61)	4.37(1.38)	-.099	.921
Agressividade contra objectos		6.50(2.77)	5.93(1.98)	1.015	.313
Agressividade contra pessoas		4.40(1.18)	4.47(1.11)	-.263	.793
Total de agressividade		20.21(5.45)	19.37(4.78)	.738	.462

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

Através da análise comparativa (Quadro 28) quisemos verificar de que modo a frequência de comportamentos que fazem parte da higiene do sono se reflecte no número de internamentos. Encontramos diferenças significativas entre perder o sono e o número de internamentos.

Quadro28. Comparação entre a frequência de comportamentos de sono e número de internamentos

Nº de internamentos	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias	F	Sig
Sono							
Perder o sono	1,84	1,93	2,13	3,00	4,00	3,50	,010**
Dormir o número de horas	2,57	3,33	1,50	2,00	2,14	,880	,479
Ter dificuldades em adormecer	2,40	1,11	1,73	2,14	2,80	1,68	,162
Tomar medicação para dormir	2,59	1,50	2,83	2,11	2,15	,518	,723

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.000$

Efectuamos ainda uma análise de correlações entre várias variáveis presentes no nosso estudo (Quadro 29). Encontramos algumas correlações significativas e vamos apenas referir as consideradas mais importantes para os objectivos do nosso estudo (não iremos portanto comentar as correlações dos comportamentos agressivos entre si apesar de significativas ou entre variáveis iguais). Assim, encontramos correlações positivas e significativas entre a idade e o número de anos com doença e a idade de início da doença. Correlações positivas entre índice de massa corporal e a idade de início da doença e a idade. Correlações positiva entre o tempo de fumador e o número de anos com doença, a idade de início da doença e a idade e correlação positiva entre o numero de internamentos neste Hospital e a agressividade contra

peessoas. Encontramos correlações negativas, embora fracas, entre o índice de massa corporal e a agressividade contra si, entre os anos de fumador e a média de dias internado e entre a agressividade contra pessoas e a idade. Encontrámos correlações negativas fortes entre a idade de início da doença e o número de anos de doença, entre o total de agressividade e a idade e entre a agressividade contra objectos e a idade. Das correlações entre idade de início de doença e as outras variáveis, salientamos duas correlações positivas fortes com a idade e os anos de fumador e uma correlação negativa forte com a agressividade contra objectos.

Quadro 27. Distribuição das correlações entre variáveis

		Número de anos com doença	Idade de início da doença	Média de dias de internamento neste hospital	Idade	Índice de massa corporal	Há quantos ano fuma	Agressividade verbal	Agressividade contra si	Agressividade contra objectos	Agressividade contra pessoas	Total de agressividade
Idade de início da doença	R Pearson Sig.	-,271(**) ,006										
Média de dias de internamento neste hospital	R Pearson Sig.	,000 ,997	,153 ,159									
Idade	R Pearson Sig.	,735(**) ,000	,454(**) ,000	,115 ,292								
Índice de massa corporal	R Pearson Sig.	,071 ,485	,217(*) ,030	,007 ,950	,218(*) ,029							
Há quantos ano fuma	R Pearson Sig.	,575(**) ,000	,394(**) ,002	-,327(*) ,018	,880(**) ,000	,101 ,450						
Agressividade verbal	R Pearson Sig.	-,086 ,396	-,026 ,796	,047 ,665	-,098 ,333	-,117 ,247	-,059 ,659					
Agressividade contra si	R Pearson Sig.	-,098 ,333	-,129 ,201	,135 ,216	-,181 ,071	-,229(*) ,022	-,048 ,719	-,090 ,374				
Agressividade contra objectos	R Pearson Sig.	-,073 ,473	-,288(**) ,004	,128 ,242	-,270(**) ,007	-,032 ,752	-,171 ,199	,544(**) ,000	,175 ,082			
Agressividade contra pessoas	R Pearson Sig.	-,194 ,053	-,056 ,582	,137 ,208	-,219(*) ,029	-,117 ,248	-,243 ,066	,468(**) ,000	,146 ,147	,478(**) ,000		
Total de agressividade	R Pearson Sig.	-,137 ,174	-,191 ,057	,138 ,205	-,262(**) ,009	-,142 ,159	-,171 ,200	,801(**) ,000	,285(**) ,004	,875(**) ,000	,695(**) ,000	
Nºde internamentos neste hospital	R Pearson Sig.	,029 ,778	-,019 ,848	-,013 ,903	,013 ,900	,002 ,986	-,060 ,656	,179 ,075	-,031 ,756	,121 ,230	,222(*) ,027	,182 ,070

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$

3. Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados deste estudo exploratório, a discussão desses mesmos resultados é uma etapa de extrema importância e fundamental num processo de investigação por permitir caracterizar a nossa amostra, salientar os dados mais significativos encontrados e confrontá-los com as teorias e estudos publicados.

Relativamente à caracterização da nossa amostra verificamos que ela é maioritariamente masculina (70%). Sendo esta característica não consensual (DSM-IV 1996), temos a confirma-la o estudo de Chuang, Mansell e Patten (2008) em que esta percentagem é muito próxima (65.6%) e o DSM-IV (1996) que refere existir uma percentagem mais elevada de homens em estudos feitos em ambiente hospitalar. Pelo contrário Rabasquinho e Pereira (2007) contradizem estes resultados ao encontrarem percentagens semelhantes (50%) de homens e (50%) de mulheres.

A idade da nossa amostra vai desde 16 anos, que é a idade mínima aceite para internamento, de adultos, e os 71 anos, sendo a média de idade de 41.04 anos. Na comparação de média de idades registaram-se diferenças significativas entre os sexos sendo esta maior no sexo feminino. Resultados semelhantes foram encontrados por Coodin (2001) em que a média de idade global foi de 39.6 anos, tendo sido a média de idade nos homens de 37.5 anos e das mulheres 43.7 anos.

O peso varia entre 48kg e 125kg. O excesso de peso e obesidade está presente nos dois sexos e neste sentido apontam alguns estudos (Leitão – Azevedo et al., 2007; Coodin, 2001; Walsh, 2003). A média de índice corporal foi de 27.2, o que está no parâmetro de excesso de peso. Um índice ligeiramente superior, 29 mas dentro do mesmo parâmetro de classificação foi o resultado do estudo de Coodin (2001). Na comparação de média do peso por sexo, registaram-se diferenças significativas sendo a média superior nos homens. Este dado tendo em atenção a diferença também significativa e normal, de alturas, não nos parece relevante, o que é confirmado pelo registo não significativo da média de índice de massa corporal entre sexos. Neste sentido é de referir o estudo de Chuang e colaboradores (2008) onde a frequência da obesidade não diferiu significativamente pelo sexo. Este excesso de peso, segundo os resultados obtidos no nosso estudo não parece estar relacionado com os alimentos ingeridos. Estes mesmos resultados dão-nos a indicação de que os nossos sujeitos no geral parecem ter cuidado com a alimentação, fazendo bastantes refeições compostas com legumes, verduras e fruta, raramente comem fast-food e têm cuidado com o sal ingerido. Estes resultados não estão de acordo com os encontrados por Roick (2007) em que os pacientes com Esquizofrenia ingerem comida calórica e instantânea com mais frequência e comida saudável mais raramente. Também Pack (2009) e Mccreadie (2003) relatam dietas pobres nestes pacientes.

Na nossa amostra, o menor cuidado com a alimentação prende-se com o ingerir alimentos com gordura mas essencialmente com consumo de alimentos com açúcar. Resultados idênticos foram encontrados em Anami (2007) onde todos os pacientes consumiam frequentemente mais gorduras e bebidas açucaradas.

As três principais refeições (pequeno almoço, almoço e jantar) são feitas pela grande maioria dos nossos sujeitos. O pequeno-almoço, das três refeições é aquela que é efectuada por menor número de pessoas. Nesse sentido, apontam os resultados, do estudo, de Roick e colaboradores (2007) que refere ser o pequeno-almoço feito mais raramente ou a uma hora tardia pelas pessoas com Esquizofrenia. O almoço e jantar são efectuados, pela nossa amostra, respectivamente por 97% e 99%, e a ceia é feita por 43% pessoas. O mesmo estudo, de Roick e colaboradores (2007) chegou à conclusão de que as pessoas com Esquizofrenia fazem uma ceia lanche, indicando no mesmo sentido do nosso estudo. Existe ainda um dado que importa referir, nesta toma de refeições e que se prende com o facto de 20 dos nos sujeitos se levantar durante a noite para comer. Na bibliografia consultada não nos foi possível encontrar referência a este dado. Foi nossa intenção, ao pô-lo no questionário, verificarmos se a nossa percepção de que esta população come de noite seria verdadeira. Nesse sentido, pensamos tê-la confirmado.

Segundo Caspersen e colaboradores (1985) a obesidade e um peso corporal mais elevado são associados fortemente com um Estilo de Vida sedentário e uma falta da actividade física na população adulta da União Europeia. A frequência com que os nossos sujeitos praticam desporto ou exercício intenso é muito baixa e apesar da frequência de andar a pé ou de bicicleta ser elevada, é de referir que aquando da recolha de dados foi possível verificar que a grande maioria se referia este item como andar a pé. Segue-se como exercício físico preferido a jardinagem, trabalhos domésticos e actividades de leitura ou de ver televisão. Estes resultados apontam no mesmo sentido que os de Roick e colaboradores (2007), que chegaram à conclusão de que uma grande parte da sua amostra também não estava envolvida em desportos. Verificámos existir associação significativa entre o índice de massa corporal e o andar a pé ou de bicicleta que aponta no sentido deste item poder ser um factor protector no aumento da obesidade na nossa amostra. Uma grande parte dos nossos inquiridos passa uma parte do dia a fazer actividades que não requerem esforço físico e 28 referem dormir durante o dia. Estes resultados estão em conformidades com os de Roick e colaboradores (2007) que concluem que estas pessoas despendem menos tempo por dia em actividades extenuantes e com os de Pack (2009), que encontrou no seu estudo taxas mais baixas de actividade física na população com Esquizofrenia quando comparadas com a população em geral.

Verificamos quanto ao número de anos com doença que ela vai desde um mínimo de meio ano até 47 anos, com uma média de evolução da doença de 14.5 anos. Foram, ainda, registadas diferenças significativas na comparação da idade média de início da doença por sexo situando-se a média de idade, nas mulheres no final da segunda década de vida e nos homens em meados da segunda década de vida. De acordo com o DSM IV (1996), o início da Esquizofrenia ocorre entre o final da segunda e meados da quarta década da vida, sendo raro o início antes da adolescência e pode também ter início em fases tardias da vida. Os nossos resultados apontam igualmente nesse sentido, sendo que a idade de início da doença, na nossa amostra vai de 12 anos de idade aos 56 anos, situando-se a média nos 26.6 anos, registando-se diferenças significativas de médias entre os sexos e sendo maior nas mulheres.

Os resultados da nossa amostra indicam-nos que as mulheres têm uma média de dias de internamento, idade, número de anos com doença e idade de início de doença superiores aos homens. No sentido do nosso estudo, dizendo que as mulheres têm tendência a manifestar um início mais tardio da doença, está o DSM IV (1996). No entanto, em relação ao tempo de internamento, a bibliografia consultada vai em sentido oposto ao nosso, indicando o tempo de internamento nas mulheres como menor que nos homens (Atalay & Atalay, 2006; Chaves, 2000).

A média de dias de internamento foi de 25.3 dias, sendo a média de dias por sexo superior nas mulheres como referido anteriormente. Esta média apresenta-se superior às médias de internamento deste mesmo Hospital. No estudo de Sousa, Sousa e Magna (2008) o tempo médio de internamento nos doentes com Esquizofrenia foi de 27.7 dias por paciente e o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) refere que a demora média dos internamentos com diagnóstico de Esquizofrenia, segundo os grupos de diagnóstico hospitalar (GDH) referentes a departamentos e serviços de psiquiatria, foi, no ano de 2002, de 35.4 dias. Nestes dois resultados o tempo foi superior ao encontrado por nós.

Verificámos que 71% das pessoas são solteiras, 15% casadas e 10% divorciadas. A escolaridade distribui-se pelos vários escalões existentes sendo que 36% tem o 1º ciclo, 19% o 2º ciclo e 21% o 3º ciclo. A percentagem das pessoas que possuem licenciatura, frequência universitária ou formação superior, no seu conjunto é de 13%, sendo que percentagem de pessoas possuidoras de licenciatura (7%) é superior aos que possuem o 12º ano de escolaridade (5%). O estudo de Swanson (2006) apresenta resultados semelhantes, referindo que no seu estudo apenas 19% das pessoas eram casados ou a viver em coabitações e 25% não tinha educação escolar elevada. As percentagens encontradas para o 12ºano, são mais elevadas que as nossas, ao concluírem que 35% das pessoas apresentava o High School (12ºano) terminado. Já Chuang e colaboradores (2008) concluíram que 59% da amostra

terminou a escolaridade obrigatória. A escolaridade obrigatória em Portugal, até há dois anos, era o 3º ciclo e/ou 16 anos e por isso o 1º, 2º e 3º ciclos apresentarem as percentagens mais elevadas.

Verificamos que apenas 9 pessoas moram sozinhas. Todas as outras, de um modo ou de outro, moram acompanhadas, na esmagadora maioria pelos pais, cônjuge, filhos ou outros familiares directos. O nível sócio económico da nossa amostra situa-se entre baixo a médio, apresentando-se apenas 4 pessoas com nível sócio económico alto. Na sua maior parte são reformados/inválidos (43%), os desempregados são (15%) e a percentagem de empregados é de 30%. No entanto, destes 30% de empregados, apenas 11% trabalha a tempo integral. As ocupações diárias são essencialmente o lazer e apresentam uma baixa socialização. Outros estudos apontam no mesmo sentido, como o de McCreadie (2003), em que a grande maioria dos sujeitos da sua amostra eram desempregados ou viviam da segurança social. Chuang e colaboradores (2008) revelaram que somente 8% das pessoas possuíam casa própria. Em relação à rotina, os aspectos encontrados no nosso estudo também o foram no estudo de Minato e Zemke (2004), em que os sujeitos deste estudo gastavam o tempo a dormir, ouvir música, ver televisão, ler ou ver revistas.

Mais de metade da nossa amostra é fumadora. Dos 58 fumadores, 59% tentaram parar sem terem conseguido. Este resultado está em conformidade com o de Kelly e McCreadie (2000) que concluiu que a maioria dos pacientes com Esquizofrenia que participaram do seu estudo apresentava taxas elevadas de tabagismo e poucos conseguiram parar. A fumar entre 11 a 20 cigarros diários temos 43%, entre 21 e 30 cigarros 17% e mais de 30 16%. Estes resultados são mais baixos do que os encontrados por Kelly e McCreadie (1999), em que 68% dos pacientes fumavam mais de 25 cigarros diários, e os de McCreadie (2003) em que o número médio diário de cigarros fumado era 27. Muitos fumam, nos primeiros cinco minutos, após acordarem e destes, um número significativo tem comportamentos de risco ao fumarem de noite na cama e quando estão doentes. Fumam em média há 19.5 anos e entre 2 a 49 anos, sendo incontestável a alta prevalência de fumadores nesta população, como refere McCloughen (2003). Não foram registadas diferenças significativas entre sexos quanto à dependência da nicotina. No entanto, os homens apresentam uma maior dependência da nicotina e fumam há mais anos, sendo que a dependência da nicotina é comum na Esquizofrenia (DSM IV, 1996) e o nível de apego à nicotina é maior em pacientes Esquizofrénicos do que na população geral (Kelly & McCreadie 1999). No nosso estudo verificam-se correlações positivas significativas entre a idade e o número de anos que fuma e entre a idade de início da doença e o número de anos que fuma e ainda entre número de anos da doença e o número de anos que fuma. Resultados semelhantes foram encontrados em Kelly

e McCreadie (1999) e em Kelly e McCreadie (2000). Verificou-se ainda uma correlação negativa significativa com a média de dias de internamento. Este resultado, na nossa opinião parece vir ao encontro dos estudos que referem que as pessoas com Esquizofrenia relatam que fumar produz relaxamento, reduz a ansiedade ou ainda que a nicotina reduz os sintomas negativos, tais como apatia, tédio e as emoções da síndrome de abstinência, e que ao mesmo tempo melhora os processos de atenção e concentração (Gilbert e Gilbert, 1995; Hughes et al. 1986; Goff et al., 1992 cit. in Rodina, 2004).

A nossa amostra apresenta baixos consumos de bebidas alcoólicas e de drogas. Mesmo assim, aparecem 4 pessoas a consumir drogas diariamente e no consumo de bebidas alcoólicas aparece um número, que achámos digno registar, de pessoas que efectuem esse consumo algumas vezes ano. A nossa percepção é de que alguns pacientes omitiram os consumos. No estudo de Sousa, Sousa e Magna (2008) o consumo de álcool foi de 27%) com os transtornos Esquizofrénicos, e Carreiro e Borrego (2007) dizem haver uma predominância clara de consumo de canabinóides, seguido de consumo de álcool nesta patologia. Na nossa amostra foi possível verificar um grande consumo de café e de coca-cola que reflecte, na nossa opinião, o comportamento dos portugueses.

Os resultados apontam no sentido de que os nossos sujeitos são pessoas que tem cuidado com a toma da medicação apesar de alguns tomarem fora do horário e outros terem esquecimentos dessa toma.

Dos comportamentos de risco apurados neste estudo os únicos de salientar são a frequência de ambientes saturados de tabaco e por vezes ambientes ruidosos. Como a Lei Portuguesa proibiu consumos de tabaco em ambientes fechados não devidamente equipados com extractores de ar, o número de respostas á exposição a ambientes saturados de tabaco, pode ter diminuído. Não apresentam comportamento sexual de risco porque não tem e não procuram parceiro.

Os resultados da socialização apontam no sentido de que a nossa amostra, socializa. Estes dados (ver Quadro 14) são contraditórios com os apresentados no Quadro 8. Na nossa opinião, a relativa socialização é aparente pois salvo raras excepções, aquando da recolha dos dados, referiram os amigos como os familiares mais próximos (irmãos, pais, sobrinhos).

Uma grande parte cumpre algumas das regras da higiene do sono, deitar à mesma hora, levantar à mesma hora, acordar à mesma hora assim como dormem toda a noite. No entanto, um grupo de pessoas refere acordar muito cedo e ter dificuldades em adormecer. A toma de medicação para dormir é feita diariamente por 39 pessoas. Sono – início e a insónia da manutenção são uma característica de pacientes esquizofrénicos não obstante seu status da medicação (Monti, 2005). O rompimento do sono é outra característica clínica

geralmente encontrada em pacientes Esquizofrénicos (Wulff et al., 2006) e com excepção de 49 que nunca perde o sono de noite, todos os outros ainda que distribuídos ao longo da escala, do nosso questionário, o perdem. Na comparação de frequência de comportamento do sono e o número de internamentos verificamos a existência de uma associação significativa entre perder o sono e o número de internamentos, o que reflecte a opinião de Remesar-Lopez e Ribeiro (2001) quando dizem que a manutenção de sono adequado pode permitir que os pacientes com Esquizofrenia não apresentem agudização do quadro clínico ou recaída.

Relativamente aos cuidados de saúde primária tidos pela nossa amostra e apurados no nosso questionário, 89 pessoas dizem ter as vacinas em dia, 65 vão ao médico de família, 58 ao dentista, 51 tem cuidado com a pressão arterial e com excepção de duas pessoas (uma por se encontrar de passagem e outra por andar a ser seguida em consulta particular) todos os outros são seguidos no hospital na especialidade de Psiquiatria. Roberts e colaboradores (2006) refere que os pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia têm menos probabilidades de fazer exames médicos completos, gerais, importantes do que os outros pacientes sendo que esses dados não foram averiguados por nós.

Foram registadas por 31% de pessoas tentativas de suicídio, e apesar de 16 dessas pessoas apenas terem tentado uma só vez, cinco pessoas tentaram cinco ou mais vezes. O método mais utilizado foi o de comprimidos. Dados semelhantes foram encontrados por Gupta e colaboradores (1998) e por Harkavy-Friedman e colaboradores (1999) tanto em termos de percentagem como do método utilizado. Segundo o DSM IV (1996) um dos factores de risco para o suicídio é idade inferior a 30. No entanto, a média de idades na nossa amostra referente às pessoas que tentaram suicídio foi de 38.7 anos. Provavelmente muitos tentaram antes dos 30 anos, sendo que a média de idade é superior nas pessoas que não tentaram suicídio. Foram ainda encontradas diferenças significativas entre suicídio e agressividade contra si, como seria de esperar pois uma tentativa de suicídio é um comportamento autodestrutivo. As tentativas de suicídio foram feitas por mais homens que mulheres e 4 dos 21 homens já tentaram 5 ou mais vezes. Na bibliografia consultada o suicídio também está associado ao género masculino (Chaves, 2000; Hatow et al., 2005; Pinikahana et al., 2003; Pompili et al., 2007). Foram registadas associações significativas entre o grupo das tentativas de suicídio e habilitações literárias e entre suicídio e nível sócio económico. Registamos que a única pessoa com o 12º ano o tentou fazer por 5 ou mais vezes. No grupo profissional, os reformados/ inválidos são os que maior número de tentativas apresentou (13) sendo que 8 apenas tentaram uma vez, 2 tentaram 4 vezes e 3 tentaram 5 ou mais vezes. Os reformados/inválidos foram seguidos pelos empregados e desempregados na quantidade de tentativas de suicídio. Os estudos encontrados registam correlação significativa

com os desempregados, resultados esses não conformes com os nossos (Pompili et al., 2007). Em Hawton e colaboradores (2005) o risco de suicídio, assim como o nosso, não foi associado à dependência de álcool. No entanto, encontrou associação entre o suicídio na presença de abuso de drogas, ao contrário de nós.

Na existência de dados contraditórios em relação à frequência de actos violentos superiores à população em geral (DSM IV, 1996), os nossos resultados apontam no sentido de um comportamento pouco agressivo por parte da nossa amostra (verbal, contra objectos, contra si e contra pessoas). De entre os comportamentos agressivos avaliados pela escala de agressividade (OAS), a agressividade verbal é que obtém mais respostas. Registaram-se associações significativas entre o consumo de bebidas destiladas e a agressividade contra si e agressividade total e entre o consumo de drogas e agressividade contra objectos, agressividade contra pessoas e agressividade total. Um número de pesquisas revela associação entre Esquizofrenia e comportamento violento, principalmente quando existe comorbidade com abuso de substâncias (Teixeira et al., 2007) assim como concluíram que homens, com a patologia em estudo e que abusam de álcool são 25% vezes mais propensos a cometer crimes (Räsänen et al., 1998). A pouca agressividade desta patologia foi igualmente encontrada no estudo de Swanson e colaboradores (2006). Registaram-se igualmente associações significativas entre conseguir manter uma discussão sem se alterar e três das agressividades (verbal, contra pessoas e total). É de salientar que aquando da recolha de dados houve recusas na participação do estudo, como referimos anteriormente e algumas dessas recusas prenderam-se com o facto de não quererem responder á escala de agressividade. Outros houveram que os familiares que os acompanhavam rectificaram as suas respostas, na hora e em presença do sujeito. Alguns, ainda referiram não terem comportamento agressivo devido à toma da medicação. Verificamos correlações inversas (negativas) entre a idade e agressividade (contra objectos, contra pessoas e a total), entre o índice de massa corporal e agressividade contra si e entre idade de início da doença e agressividade contra objectos. Verificamos uma correlação positiva entre o número de internamentos e agressividade contra pessoas. Na bibliografia consultada não encontramos estudos que fizessem estas correlações mas Arango e colaboradores (1999) refere correlação positiva na agressividade contra pessoas e a semana antes de ser internados e ainda que a maioria dos actos violentos foram dirigidos de encontro aos pais ou a outros membros da família, os actos ocorridos contra si foram menores.

CONCLUSÕES

Conhecer melhor a população com Esquizofrenia, no Hospital no qual trabalhamos na área da reabilitação, é fundamental para a implementação de planos de intervenção reabilitativa. Promover a descentralização dos serviços de Saúde Mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitar uma maior participação das comunidades dos utentes e suas famílias (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016) levam-nos a querer conhecer o seu Estilo de Vida, para que em conformidade actuarmos com algum conhecimento de causa.

Analisados os dados obtidos, podemos tirar algumas conclusões, não esquecendo que as mesmas não podem ser generalizadas. Este estudo é de âmbito limitado, não pretende apresentar análises definitivas acerca do Estilo de Vida das pessoas com Esquizofrenia, mas somente contribuir para tal.

A nossa amostra é na maioria do sexo masculino e solteiros. O nível de escolaridade situa-se entre o 1º e 3º ciclos e um número a não desprezar tem formação superior. Muitos vivem da acção social (pensões de reforma ou invalidez ou subsidio de desemprego) por serem reformados ou inválidos. Por isso acarretam encargos relevantes para a Segurança Social. Registam-se apenas 30% de empregados. Têm como grande pilar de apoio a família mais próxima (pais, cônjuge, filhos, irmãos) com quem vivem na maioria dos casos, pelo que os consideram como os seus maiores amigos. O nível sócio económico situa-se na faixa baixo e médio, sendo que para todos os níveis tivemos em linha de conta a escolaridade e o orçamento familiar com que vivem. Contudo não contámos com todas as despesas inerentes à patologia, nem com as despesas do consumo de tabaco e outros. Provavelmente se o fizéssemos, o nível sócio económico seria mais baixo. Os nossos inquiridos ocupam a maior parte do seu tempo em actividades de lazer, a dormir e pouco socializam.

As diferenças entre os dois sexos existem em relação ao início da doença, à idade, à idade média de anos de doença, à média de dias de internamento (que é superior nas mulheres). A dependência de nicotina, o número de anos que fumam, as tentativas de suicídio e o excesso de peso é superior nos homens.

Em relação a comportamentos que interferem na saúde, verificamos que os nossos sujeitos apresentam algum excesso de peso e obesidade. No entanto, esse excesso de peso é menor do que em estudos feitos noutros países, assim como a alimentação é mais saudável. Ainda não enveredaram pelo fast-food e a maioria faz as três principais refeições. Como muitos dos Concelhos do Distrito de Aveiro são rurais, é provável que contribuam para uma

alimentação mais saudável. Será um assunto a aprofundar proximamente. O exercício físico preferido pelos nossos sujeitos é o andar a pé, que os especialistas apontam como sendo um bom exercício e como sendo uma das razões para a manutenção do peso. Contudo, apresentam algum sedentarismo pois muitos fazem a sesta ou dormem durante o dia. Passam algum tempo a ler, ver TV ou executam trabalhos que não necessitam de esforço físico.

São fumadores (tal como a população em geral) e em média fumam entre meio a um maço de cigarros/dia. Também concluímos que há relação entre o iniciar o consumo de tabaco e o início da doença, assim como uma média menor de dias de internamento nos fumadores. Apresentam baixos consumos de bebidas alcoólicas e de drogas. São grandes consumidores de café e coca-cola, tal como uma grande parte dos portugueses. O consumo de bebidas alcoólicas e drogas não foram relacionados com o suicídio. Porém foram-no entre as bebidas destiladas e agressividade contra si e entre o consumo de drogas e agressividade contra objectos, contra pessoas e agressividade total.

Têm cuidados de saúde primários, pois mantêm as vacinas em dia, vão às consultas do médico de família e verificam a pressão arterial com regularidade. Mas serão esses cuidados de saúde primários (realizados no Centro de Saúde) completos, como refere Roberts e colaboradores (2006)? Foi possível constatar que são acompanhados, de muito perto pelo seu médico Psiquiatra. A maior parte dos nossos inquiridos cumpre e respeita a toma da medicação prescrita pelo seu médico Psiquiatra, demonstrando grande confiança nesta relação, assim como no trabalho de equipa devidamente estruturado, que está implementado em consulta externa, essencialmente pelo médico e enfermeiro. Não é fácil “fugir” à responsabilidade da ingestão medicamentosa.

À excepção dos ambientes saturados de fumo, não foram apurados outros comportamentos de risco na nossa amostra.

O nosso estudo concluiu que a perda de sono pode originar reinternamentos e que alguns dos nossos inquiridos apresentaram uma boa higiene de sono. No entanto, os dados do nosso questionário não nos permitem chegar a mais conclusões. Um estudo sobre o sono dos nossos doentes, levado a cabo pelas pessoas competentes à sua realização, poderia dar-nos a conhecer melhor este facto, evitar algumas recaídas e diminuir os internamentos.

As tentativas de suicídio estiveram presentes em 31 pessoas, sendo o método mais utilizado a ingestão de comprimidos. O grupo que mais tentativas de suicídio apresentou, foi o dos reformados/inválidos. Tomámos este dado em consideração no sentido de percebermos o que os leva a tomar tal atitude (solidão, desocupação...?). O suicídio foi positivamente relacionado com o grupo de habilitações literárias e com o nível sócio económico. Este tema merecia um estudo aprofundado em futuras investigações.

Contrariamente ao pensamento da sociedade, a amostra vem demonstrar um comportamento pouco agressivo (apesar de provavelmente neste item terem havido algumas imprecisões). Contudo, o próprio inquirido refere que a medicação controla os seus actos agressivos (agora não faço isso porque tomo a medicação...). As excepções, como se viu anteriormente, são evidenciadas pelo consumo de bebidas alcoólicas e drogas, tal como na população em geral.

Ao recolhermos os dados em contexto de consulta externa, verificámos que a grande maioria compareceu às mesmas, acompanhados por familiares interessados. Aí formámos uma consciência mais consistente, de que várias necessidades destes utentes passam especialmente pela carga e encargos das famílias de suporte. A continuidade da investigação nesta área com utilização de instrumentos validados seria um bom contributo. Xavier e colaboradores (2002) iniciaram neste sentido a validação de um instrumento de sobrecarga familiar.

Sentimos que foi importante para os pacientes o tempo que passaram connosco, pela atenção dispensada, pela disponibilidade de os ouvir, por sentirem que estávamos interessados em estudar os seus hábitos, não fazendo juízos de valores. A família também se sentiu minimamente apoiada e esperançada de que poderíamos contribuir para, em conjunto, encontrarmos soluções de entreajuda. Essa entreajuda pode passar, como já salientado, pela continuação e aprofundamento de alguns comportamentos, por programas de sensibilização à promoção do exercício físico, e pela procura de novos interesses de ocupações diárias junto das disponibilidades de cada região.

A média de idades, da nossa amostra, situa-se nos 41.04 anos, tendo estes doentes, como pilar de suporte os seus familiares mais próximos, irmãos e cônjuge com idades similares e/ou substancialmente superiores se forem os pais. Isto faz com que fiquem dependentes de uma população envelhecida. Daí, que os programas de investimento na comunidade devam ter este dado em linha de conta, pois com a morte dos acompanhantes familiares directos, será difícil a integração no seio dos restantes familiares. Deveria o Governo, Hospital e Corpo Clínico, investir em Instituições (fórum ocupacional, residências protegidas, cuidados continuados) que praticassem prestação de serviços a esta população num futuro próximo. Ao longo do nosso estudo foi possível averiguar a existência em todo o Distrito de Aveiro, de apenas um fórum ocupacional e nenhuma das outras Instituições atrás referidas. Esperemos que este estudo possa contribuir para tornar estas pessoas mais autónomas, independentes e capazes de se assumirem na sociedade ao nível de um cidadão comum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abed, R.T., Vaidya, G. & Baker, I. (2000). Suicide in schizophrenia: A fourteen-year survey in an English health district. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 143-146.
- Albuquerque, C. M. S. & Oliveira, C. P. F. (2002). Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. *Millenium. Revista do ISPV*, 25.
- Amani, R. (2007). Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? *Bio Med Central*, doi:10.1186/1471-244X-7-15
- Appelbaum, P. S., Robbins, P.C. & Monahan, J. (2000). Violence and Delusions: Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 4, 566–572.
- Arango, C., Barba, A. C., González- Salvador, T. & Ordonez, A. C. (1999). Violence in Inpatients With Schizophrenia: A Prospective Study. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 3, 493-503.
- Arriaga, F., Maltez, J., Pires, A.M. (2005). Alterações do sono na Esquizofrenia. *Revista de Saúde Mental*, VII, 6, 30-32.
- Ataya, F. & Ataya, H. (2006). Gender Differences in Patients with Schizophrenia in Terms of Sociodemographic and Clinical Characteristics. *German Journal of Psychiatry*. ISSN 1433-1055. <http://www.gipsy.uni-goettingen.de>.
- Bahia, M. G., Soares, V., Winck, J.C. (2006). Impacto da higiene do sono em doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XII, 2, 147-176.
- Bejerholm, U. & Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 13, 2, 100 – 121.
- Blank, L., Grimsley, M., Goyder, E., Ellis, E. & Peters, J. (2007). Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health. *Journal of Public Health*, 29, 3, 236-245.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Edição Routledge.
- Bourdieu, P. (1994) *Razones prácticas Sobre la teoría de la acción*. Traducido por Thomas Kauf (1997). Editorial Anagrama, Barcelona.
- Breslow, L. (1999). From Disease Prevention to Health Promotion. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 11, 1030-1033.
- Bub, M.B.C., Medrano, C., Silva, C.D., Wink, S., Liss, P.E. & Santos, E.K.A. (2006). A Noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 15, 152-157.
- Carey, M.P., Carey, K.B., Maisto, S.A., Gordon, C. M., & Venable, P.A. (2001). Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 5, 846-850.
- Carreiro, S.V. & Borrego, M. (2007). Psicose e consumo de substâncias. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 413-422.

- Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projecto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 4, 1088-1095.
- Carvalho, G.S. (2006). *Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis*. Segundo capítulo. LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*, 100, 2, 127-131.
- Castiel, L. D. & Vasconcellos-Silva, P. R. (2002). Internet e o auto-cuidado em saúde: como juntar os trapinhos? *História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro*, 9, 2, 291-314.
- Chaves, A. C. (2000). Diferenças entre os sexos na Esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, Supl I, 21-22.
- Chuang, H.T., Mansell, C. & Patten, S.B. (2008). Lifestyle Characteristics of Psychiatric Outpatients. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53, 4, 260-266.
- Connolly, M. & Kelly, C. (2005). Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 125-132.
- Coodin, S. (2001). Body Mass Index in Persons with Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 6, 549-555.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016*.
- DECO PROTESTE. (2004). Metade dos Portugueses dorme mal. *Teste Saúde*, 51, 9-13.
- Despacho Ministerial n.º 465 (2003). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*.
- Diógenes, M.A.R. & Pagliuca, L.M.F. (2003). Teoria do auto-cuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre*, 24, 3, 286-93.
- Direcção Geral da Saúde (DGS). (2008). Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde. Elementos estatísticos, informação geral saúde/2006. *Versão electrónica ISSN 0872-1114*: Lisboa
- DSM-IV. (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Fadem, B. & Simring, S. (1998). *Auto-avaliação em Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi.
- Faias, J. (2002). *Enquadramento da Prática em Terapia Ocupacional*. Policopiado. Porto: ESTSP.
- Ford, P. (2002). An evaluation of the Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory and the Leeds Dependence Questionnaire for use among detained psychiatric inpatients. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 98, 111-118.
- Garcia, C.I., Montila, S.S. (2001). Comorbilidade de uso de substâncias na Esquizofrenia: prevalência y patrones de consumo. *Psiquis, Asturias*, 22, 6, 276-282.
- González, M., Martínez, A., Hu, F. B., Gibney, M. J. & Kearney, J. (1999). Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *International Journal of Obesity*, 23, 1192-1201.

- Guerra, I. (1993). Modos de vida Novos percursos e novos conceitos. *Sociologia Problemas e Práticas*, 13, 59-64.
- Gupta, S., Black, D. W., Arndt, S., Hubbard, W. C. & Andreasen, N. (1998). Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49, 10, 1353-1355.
- Harkavy-Friedman, J. M., Restifo, K., Malaspina, D., Kaufmann, C.A., Amador, X. F., Yale, S. A. & Gorman, J. M. (1999). Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals Who Had and Had Not Attempted Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 8, 1276-1278.
- Haveman-Nies, A., Groot, L. P. G. M., Burema, J., Amorim, J. A., Cruz, Osler, M., & Van Staveren, W. A. (2002). Dietary Quality and Lifestyle Factors in Relation to 10-Year Mortality in Older Europeans. *American Journal of Epidemiology*, 156, 10, 962-968.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Hofstetter, J.R., Lysaker, P.H. & Mayeda, A.R. (2005). Quality of sleep in patients with schizophrenia is associated with quality of life and coping. *Bio Med Central Psychiatry*, 5, 13. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/13/prepub>.
- Kelly, C. & McCreadie, R. (1999). Smoking Habits, Current Symptoms, and Premorbid Characteristics of Schizophrenic Patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 156, 11, 1751-1757.
- Kelly, C. & McCreadie, R. (2000). Cigarette smoking and schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 327-331.
- Kilian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S. & Frasch, K. (2006). Health behavior in psychiatric inpatients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 242-248.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. A Working document (1974, April). Minister of Supply and Services Canada. Cat. No H31-1374 ISBN 0-662-50019-9. Ottawa.
- Lalonde, M. (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 12, 3, 149-152.
- Leitão-Azevedo, C. L., Guimarães, L. R., Lobato, M. I. & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). Ganho de peso e alterações metabólicas em Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, supl 2, 184-188.
- Lilly, (2006/2008). Dicas para uma Vida Saudável, Viver em Equilíbrio. Produtos Farmacêuticos, Lda. Algés.
- Lucchesi, L.M., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M. & Moraes, W.A.S. (2005). O sono em transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, Suplemento1, 27-32.
- Maycroft, N. (2004). Cultural consumption and the myth of life-style. *Capital & Class*, 84, 61-75.

- McCloughen, A. (2003). The association between schizophrenia and cigarette smoking: A review of the literature and implications for mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 119–129.
- McCreadie, R. (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 534–539.
- McCreadie, R., Kelly, C., Connolly, M., Williams, S., Baxter, G., Lean, M. & Paterson, J. (2005). Dietary improvement in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 187, 346–351.
- McCreadie, R., McDonald, E., Blacklock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, Halliday, J. & Paterson, J. (1998). Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: case-control study. *BJM*, 317, 784–785.
- McManus, D. & Ockene, I. S. (2008). Brief Supported Lifestyle Counseling. Modest Interventions Yield Modest Effects. *Editorial Archives International Medicine*, 168, 2, 129–130.
- Minato, M. & Zemke, R. (2004). Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occupational Therapy International*, 11, 3, 177–191.
- Montagner, M. A. (2006). Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Ciência Coletiva*, 11, 2, 515–526.
- Monti, J. M. & Monti, D. (2005). Sleep disturbance in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 17, 4, 247–253.
- OPAS Organização Pan-Americana de Saúde (2008). Promoção da saúde. Tema: estilos de vida. Acedido em 5, Novembro, 2008, in <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=15&area=Conceito>
- Osborn, D.P.J., Nazareth, I. & King, M.B. (2007). Physical activity, dietary habits and Coronary heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 787–793.
- Pack, S. (2009). Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. *Nursing Standard*, 28, 21, 41–45.
- Pinikahana, J., Happell, B. & A. Keks, N. A. (2003). Suicide and schizophrenia : a review of literature for the decade 1990–1999 and implications for the mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 27–43.
- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., Krausz, M., Lester, D., Meltzer, H. Y., Modestin, J., Montross, L. P., Mortensen, P. B., Munk-Jørgensen, P., Nielsen, J., Nordentoft, M., Saarinen, P. I., Zisook, S., Wilson, S. & Tatarelli, R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6, 10, <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/10>.
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 2, 146–154.

- Programa peso comunitário (2009). Faculdade de motricidade humana. Acedido em Janeiro 2010 in <http://www.pesocomunitario.net/imc.php>.
- Rabasquinho, C & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3, XXV, 439-454.
- Rasanen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakaulo, P., Lehtonen, J. & Moring. (1998). Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Follow up Study of an Unselected Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 3, 437-441.
- Remesar-Lopez, A.J. & Ribeiro, L.C. (2001). Os distúrbios do sono e dos ritmos circadianos nas doenças psiquiátricas. *Revista Brasileira de Medicina*, 58, 8, 583-593.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2, XXII, 387-397.
- Roberts, L., Roalson, A., Wilson, S. & Lester, H. (2006). Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Family Practice—an International Journal. Published by Oxford University Press*. doi:10.1093/fampra/cml054
- Rocha, V.M. (2008). *A Dependência Tabágica e a sua Relação com a Assertividade e a Alexitimia nos Doentes com Enfarte agudo do Miocárdio*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Rodrigues, W. (1992). Urbanidades e novos estilos de vida. *Sociologia Problemas e Práticas*, 12, 91-107.
- Roick, C., Wieacker, A.F., Matschinger, H., Heider, D., Riedel-Heller, J.S. & Angermeyer, M.C. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 268-276.
- Rondina, R.C., Gorayeb, R. & Botelho C. (2004). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica, Brasil*, 30, 6, 221-228.
- Rondina, R.C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2007). Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33, 5, 592-601.
- Roth, T. (2000). Diagnosis and Management of Insomnia. *Clinical Corstone; Sleep Disorders*, 2, 5, 28-35.
- Sacco, A. K., Termine, A., Seyal, A., Dudas, M. M., Vessicchio, C. J., Krishnan-Sarin, S., Jatlow, I. P., Wexler, E. B. & George, P.T. (2005). Effects of Cigarette Smoking on Spatial Working Memory and Attentional Deficits in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 62, 649-659.
- Saha, S., Chant, D. & McGrath, J. (2007). A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia. Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 10, 1123-1131.
- Samele, C., Patel, M., Boydell, J., Leese, M., Wessely, S. & Murray, R. (2006). Physical illness and lifestyle risk factors in people with their first presentation of psychosis. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 117-124.

- Silva, L. F., Vaz, F. A. E., Vieira, C., Berg, A., Silva, T., Sousa, F., Braga, C., Hoven, R. & Guerra, M. J. (2004). Vivências de saúde e bem-estar. *Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde*. Acedido em 20, Janeiro, 2008, in http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f845900c5_1.pdf.
- Sousa, J. C., Sousa, N., Magna, L.A. (2008). Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. [online]. 57, 2, 112-116. ISSN 0047-2085. doi: 10.1590/S0047-20852008000200005.
- Steven, J., Bock, M.D. & Boyette, M. (1996). *Melatonina a fonte da juventude*. Rio de Janeiro: Campus.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P. & Lieberman, J. A. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- Teixeira, E.H., Pereira, M.C., Rigacci, R. & Dalgalarondo, P. (2007). Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 2, 127-133.
- Vevera, J., Hubbard, A., Stvesely, A. & Papezová, H. (2005). Violent behaviour in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 187, 426-430.
- Xavier, M., Pereira, M. G., Corrêa, B. B. & Caldas de Almeida, J. M. (2002). Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, 2, 165-177.
- Walsh, E. (2003). Highlights of this issue – Lifestyle in Schizophrenia a cause for concern. *British Journal of Psychiatry*, 183, A23.
- World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Fifty-seventh World Health Assembly.
- Wulff, K., Joyce, E., Middleton, B., Dijk, D. & Foster, R. G. (2006). The Suitability of actigraphy, diary data, and urinary melatonin profiles for quantitative assessment of sleep disturbances in schizophrenia: a case report. *Chronobiology International*, 23, 1& 2, 485–495.
- Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J. & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1, 35-39.
- Zammit, S., Allebeck, P., Dalman, C., Lundberg, I., Hemmingsson, T & Lewis, G. (2003). Investigating the Association Between Cigarette Smoking and Schizophrenia in a Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2216 – 2221.

ANEXO
APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Este questionário é realizado no âmbito de um projecto de Mestrado em Temas de Psicologia (Psicologia da Saúde), a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto¹.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos (dissertação de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar **com uma cruz** a sua opção de resposta.

Obrigado pela sua colaboração.

Grupo I

1. Idade: _____

2. Peso: _____

3. Altura: _____

5. Sexo:

☐

Masculino

☐

Feminino

6. Profissão ou ocupação

actual? _____

7. Descreva de um modo geral quais as actividades com que ocupa o seu dia:

¹ Versão para investigação (Prazeres Valente, Cristina Queirós & António José Marques, F.P.C.E.U.P, 2009).

8. É fumador?

☐ Sim

☐ Não

8.1. Se é fumador, há quantos anos fuma? _____

8.2. Se é fumador, quantos cigarros fuma por dia?

- ☐ 10 ou menos
☐ 11-20
☐ 21-30
☐ 31 ou mais

8.3. Se é fumador, quando fuma o primeiro cigarro depois de acordar?

- ☐ Nos primeiros 5 minutos
☐ Na primeira meia hora
☐ Na primeira hora
☐ Mais de 1 hora depois de acordar

8.4. Se é fumador, fuma quando está doente?

☐ Sim

☐ Não

8.5. Se é fumador, fuma na cama durante a noite?

☐ Sim

☐ Não

8.6. Se é fumador, já tentou deixar de fumar?

☐ Sim. Quantas vezes? _____

☐ Não

Grupo II

1. Com que frequência consome as seguintes substâncias?

	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Café					
Chá					
Coca- cola					
Cerveja					
Vinho					
Bebidas destiladas (ex: aguardente, whisky)					
Drogas (ex: cocaína, haxixe, heroína, anfetaminas)					

2. Com que frequência pratica as seguintes actividades ou tem os seguintes comportamentos?

	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Fazer exercício físico intenso, durante pelo menos 20 minutos					
Desporto que faz transpirar (ex: corrida, natação, basquetebol, futebol, ginásio)					
Andar a pé ou de bicicleta					
Fazer jardinagem ou trabalhos domésticos					
Ler, ver televisão ou trabalhar em casa, sem esforço físico					
Tomar a medicação consoante a prescrição médica					
Esquecer-se de tomar a medicação					
Tomar mais medicamentos do que os que estão prescritos					
Tomar a medicação quando se lembra ou tomar fora de horas					
Frequentar ambientes saturados de fumo de tabaco					
Frequentar ambientes muito ruidosos					
Mudar de parceiro sexual					
Ter relações sexuais com pessoas que conhece mal					
Ter relações sexuais sem tomar precauções					
Procurar manter os seus amigos					
Procurar fazer novas amizades					
Estar satisfeito com os seus amigos					
Procurar ser activo na sua comunidade (ex: fazer voluntariado, pertencer a alguma associação)					
Reservar pelo menos 5 minutos para relaxar					
Manter uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado					
Procurar equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer					
Deitar-se à mesma hora					
Acordar à mesma hora					
Levantar-se à mesma hora					
Fazer sestas					
Dormir toda a noite					
Ter dificuldades de adormecer					
Acordar muito cedo					
Perder o sono de noite e ter sono durante o dia					
Dormir o número de horas suficientes para se sentir repousado					
Tomar medicação para dormir					
Ter cuidado com o que come, de modo a manter o peso recomendado					
Ingerir alimentos salgados					
Ingerir alimentos com gordura (ex: fritos, manteiga)					
Ingerir alimentos à base de açúcar (ex: bolos, chocolates, rebuçados)					
Fazer refeições de fast-food					
Fazer refeições de vegetais, legumes e fruta					

3. Em relação às refeições, indique:

	Refeições que faz diariamente	Refeições que faz em casa
Pequeno-almoço		
Lanche a meio da manhã		
Almoço		
Lanche a meio da tarde		
Jantar		
Ceia		
Outra. Qual?		

4. Indique se:

	Sim	Não	Quando foi a última vez?
Mantém as vacinas em dia			
Verifica a sua pressão arterial			
Vai ao dentista			
Vai ao médico fazer uma “revisão geral”			
É seguido no hospital			

5. Já teve tentativas de suicídio?

☐

Sim

☐

Não

5.1. Se sim, quantas vezes já tentou? _____

5.2. Se sim, de que forma tentou? _____

6. Com que frequência tem os seguintes comportamentos?

	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana
Tem comportamento agressivo dirigido a objectos				
Grita insultos pessoais de moderada gravidade (ex: és estúpido)				
Pragueja, usa calão em contexto de linguagem hostil, faz ameaças de forma moderada à integridade própria ou de outros				
Faz ameaças claras de violência dirigida ao próprio ou a outros (ex: vou matar-te) ou pede ajuda para controlar-se				
Bate com portas, atira roupa, provoca confusão				
Atira objectos ao chão, pontapeia mobília sem a partir, faz marcas na parede				
Parte objectos, quebra janelas				
Ateia incêndios, arremessa objectos de forma perigosa				
Arranha-se ou belisca-se, bate em si próprio, puxa o cabelo (sem causar ferimentos ou apenas com ferimentos ligeiros)				
Bate com a cabeça, esmurra objectos, atira-se para o chão ou contra objectos (causando ferimentos sem gravidade elevada)				
Faz pequenos cortes ou equimoses, pequenas queimaduras				
Auto-mutila-se, faz cortes profundos, mordeduras com sangramento, lesões internas, fracturas, perda de consciência, perda de dentes				
Faz gestos e tem atitudes ameaçadoras, agarra-se à roupa				
Esmurra, pontapeia, empurra, puxa o cabelo (sem provocar ferimentos)				
Ataca terceiros, causando ferimentos ligeiros a moderados (equimoses, entorses ou distensões)				
Ataca terceiros, causando lesões físicas severas (fracturas ósseas, lacerações profundas, lesões internas)				